

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE N°
130

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

E. CHAUVEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes, 1911-1912 — 1912-1913
1^{er} prix concours d'Externat. Médaille d'argent

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ulcérations Tuberculeuses DE L'ANUS

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

E. CHAUVEL

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes, 1911-1912 — 1912-1913
1^{er} prix concours d'Externat. Médaille d'argent

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ulcérations Tuberculeuses

DE L'ANUS



Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTERMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

130

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

A MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE CHANOINE HAMARD

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale
A la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Hommage de respectueuse
gratitude.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE L'ANUS

AVANT-PROPOS

Nous avons eu cette année l'occasion d'examiner, dans le service de M. le Professeur Dayot, un cas d'ulcération tuberculeuse de l'anus particulièrement étendue et douloureuse.

Le Dr Marquis, professeur suppléant, attira notre attention sur la rareté de cette lésion et l'intérêt du cas particulier, et nous inspira l'idée de ce travail.

La tuberculose de la région anale est une affection relativement fréquente qui se présente sous des aspects très différents : abcès, fistules qui intéressent les différents tissus de la région. Ces abcès et fistules ont des origines variées : osseuse, prostatique, sous-cutanée ; ou bien elle débute dans le revêtement cutanéomuqueux de l'anus et, à ce niveau, elle présente le plus souvent la forme ulcéreuse.

Le Professeur Hartmann l'a particulièrement étudiée, et ses travaux à ce sujet resteront la descrip-

tion classique de cette affection. Nous n'avons pas la prétention de la modifier ; mais nous voudrions, en faisant une étude d'ensemble de cette question, attirer l'attention sur les caractères spéciaux que présentait le cas que nous avons pu observer, et dont nous ne retrouvons pas d'exemple dans les observations antérieures.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de manifester notre respectueuse reconnaissance à tous ceux qui, pendant nos études, nous ont prodigué leur enseignement si dévoué, et leur bienveillante attention.

A M. le professeur Bertheux qui nous initia aux premiers éléments de la médecine ;

A M. le professeur Dayot qui nous donna les premières notions de clinique chirurgicale, et dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne pendant l'année 1911-1912 ;

A M. le professeur Follet, dont nous eûmes l'honneur d'être l'externe pendant l'année 1910-1911, puis l'interne pendant l'année 1912-1913, nous sommes heureux de dire notre profonde reconnaissance.

A MM. les professeurs Perrin de la Touche, directeur de l'École de Médecine, Le Damany, Le Moniet, Bodin, Assicot, Véron, Castex, Hardouin, Chevrel, Millardet, Lhuissier, Lautier, Lefeuvre, Perrier ;

A MM. les chefs de clinique Bourdinière et Jambon, nous tenons à témoigner nos sentiments de vive gratitude.

A M. le professeur Marquis, chirurgien suppléant de l'Hôtel-Dieu, qui nous a toujours marqué la plus grande sollicitude et nous aida constamment de ses conseils éclairés, nous exprimons tout particulièrement nos plus vifs remerciements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jusqu'en 1871, la tuberculose ulcéreuse de l'anus était une affection ignorée et on ne trouve aucune observation, aucun travail concernant cette question, antérieurs à cette date. A partir de cette époque où Malassez fit une première communication à la Société anatomique, et attire l'attention sur cette lésion qui jusque-là n'avait donné lieu à aucune étude, on voit la littérature médicale, et en particulier la littérature médicale française, s'enrichir de documents nombreux.

Péan et Malassez publient un *Traité des ulcérations anales*, et l'on trouve dans leur ouvrage la première analyse histologique, faite par Cornil, sur la lésion qu'avait observée Malassez. En 1872, Esmarch, dans le *Traité de Chirurgie* de Pitha et Billroth, étudie un cas d'ulcération tuberculeuse de l'anus.

En 1874, on trouve dans les travaux de la Société médicale des Hôpitaux plusieurs communications sur des ulcérations tuberculeuses siégeant au niveau

des orifices naturels, lèvres, langue, verge, rectum, muqueuse pituitaire. Le 28 mai, Martineau présente un moulage d'ulcération anale pris par Baretta dans son service. Le 12 juin, Féréol fait une description de deux cas qu'il a observés à la Maison de santé et rappelle les cas de deux autres malades qu'il a pu voir les années précédentes, l'un à Saint-Antoine, l'autre à la Maison de santé.

A la Société anatomique, Liouville communique une observation, et Bandon soutient la même année, devant la Faculté de Médecine de Paris, une thèse sur les ulcérations de la langue et de l'anus, où il réunit les cas connus jusqu'à cette époque. Puis, paraît en 1877, le *Traité des Maladies de l'anus et du rectum* du Dr Mollière, où l'on trouve une nouvelle observation d'ulcération tuberculeuse de l'anus.

L'année suivante, dans sa thèse d'agrégation, consacrée à la tuberculisation du tube digestif, Spillmann apporte une observation personnelle et étudie la pathogénie de cette affection. Citons les noms de Primet qui en fait une étude clinique, de Gosselin dont une leçon clinique est rapportée dans la *Gazette médicale de Paris* du 27 mars 1880, de Duplay, de Thibierge, de Cornil et Babès.

Puis viennent, en 1887, les thèses de Vallas, de Ritzo, de Claron, de Mourret qui étudiant, les uns les ulcérations tuberculeuses de la peau, les autres la tuberculose ano-rectale, rapportent de nouveaux cas, ou consacrent aux ulcérations tuberculeuses de l'anus un chapitre de leur travail. Après un article

de Derville dans *le Journal des Sciences médicales de Lille* de 1890, il faut arriver en 1893, au troisième Congrès de la tuberculose pour trouver les travaux du professeur Hartmann à ce sujet.

L'année suivante, il réunissait dans le numéro de janvier de *la Revue de Chirurgie*, puis dans *la Chirurgie du rectum*, écrit, en collaboration avec le professeur Quénu, toutes les observations connues, et faisait de la tuberculose anale, une étude très documentée.

A l'étranger, en Allemagne, Kramer publie une observation d'ulcération tuberculeuse de l'anus. C'est, avec celle d'Esmarch, les deux seules observations allemandes que nous connaissions.

Les littératures anglaises et américaines donnèrent, à peu près à la même époque, plusieurs monographies cliniques de Cripps, Kelsey, Cooper, Edwards.

Enfin tout récemment, en 1911, on trouve en France, la thèse de Chardon, de Bordeaux, sur la tuberculose ano-rectale.

CHAPITRE II

DÉFINITION

La tuberculose du revêtement cutanéomuqueux de l'anus peut présenter trois formes ; le professeur Hartmann les divise de la façon suivante : la *tuberculose lupique* ou *lupus* de l'anus, la *tuberculose verruqueuse*, et les *ulcérations tuberculeuses* de l'anus. Il élimine de sa description les lésions ulcératives développées secondairement sur des affections de même nature, mais à point de départ différent : tels les deux cas de Riehl et de Thibierge, et un fait personnel qu'il rapporte dans la *Revue de Chirurgie* de janvier 1893.

Nous nous en tiendrons également à l'étude des ulcérations tuberculeuses primitives du tégument anal.

J.-B. Laffitte (1) donne des ulcérations tuberculeuses, en général, une définition qui peut parfaitement convenir aux lésions de l'anus : « C'est une affection caractérisée par des pertes de substance

1. *Tuberculose cutanée. Tuberculide (Pratique dermatologique).*

superficielles, qui s'étendent de proche en proche suivant une ligne serpentineuse et qui restent généralement circonscrites non loin du point où l'ulcération a commencé. » Cette définition met bien en relief trois des principaux caractères de ces ulcérations : leur situation superficielle, leur développement progressif, puis l'arrêt de développement qu'elles subissent dès qu'elles ont atteint certaines dimensions.

Aucun d'eux n'est spécial à ces lésions mais leur réunion, en y ajoutant toutefois l'absence de tendance spontanée à la cicatrisation, ne convient qu'aux ulcérations tuberculeuses.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

(Postérieures à l'article du professeur Hartmann
in *Revue de Chirurgie*, 1894.)

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Dayot.)

E... B..., trente-deux ans, entre le 7 mars 1908, salle Saint-Yves, envoyé avec le diagnostic de cancer anal.

Le malade, d'apparence assez robuste, se plaint de l'anus, où il éprouve, dit-il, des douleurs exagérées par la défécation. De plus, il accuse une légère incontinence des matières, il souille son linge. La position assise est un peu pénible. Le malade ne peut préciser la date d'apparition de ces troubles. C'est parce qu'il se sentait plus gêné en allant à la selle qu'il consulta, et il vient à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer. Les douleurs remontent à peu près à trois ou quatre mois; l'incontinence est plus tardive. Cette incontinence n'existe que pour les matières liquides. Tels sont les seuls symptômes fonctionnels qu'accuse le malade. La santé générale est bonne, il tousse un peu, et l'on trouve dans ses poumons, aux deux sommets, quelques petits foyers de frottements et de râles.

Pas de symptômes généraux bacillaires.

A l'anus, on constate une ulcération circulaire embrassant toute la région anale, ne laissant aucune trace de muqueuse saine. En bas, les bords de l'ulcération se perdent sur la peau. Son diamètre est de 3 centimètres environ.

En haut, elle se termine assez nettement au niveau du rectum. En somme, ulcération circulaire de tout le canal anal, empiétant légèrement sur le tégument cutané.

Les bords sont irréguliers, polyangulaires. Ils sont taillés à pic, décollés par endroit surtout au niveau de la peau. Du côté de la muqueuse rectale pas de décollement. Ils présentent une coloration violacée.

L'ulcération est peu profonde, superficielle, légèrement granuleuse; on y remarque, surtout à la périphérie, des granulations grisâtres. Mais l'aspect général est blafard, pâle.

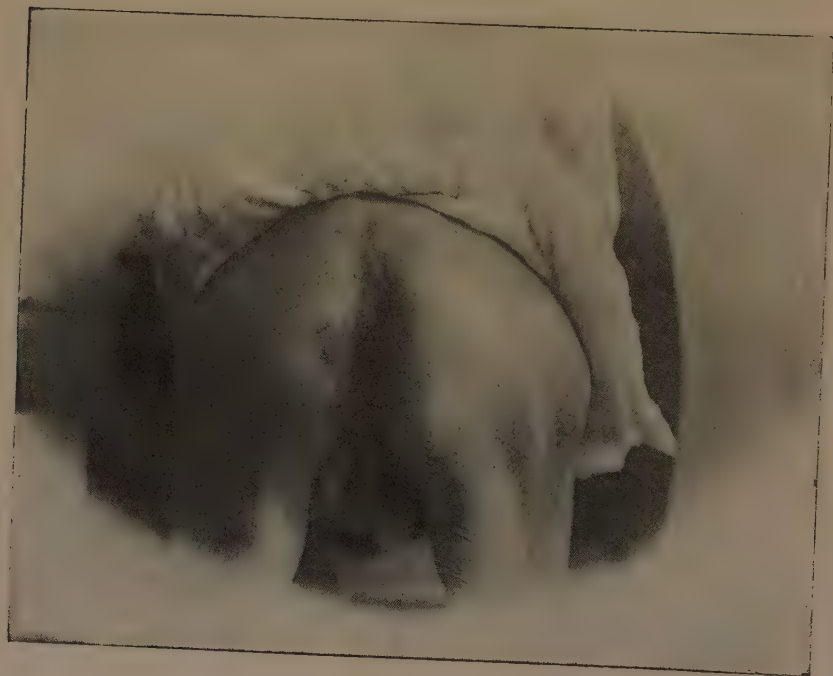
Elle donne lieu à une sécrétion un peu louche peu abondante: elle ne saigne pas et un frottement léger ne détermine pas d'hémorragie.

Le toucher, un peu douloureux, est cependant facile. Il n'y a pas de contracture, ni de rétrécissement. La région ulcérée cède facilement au passage du doigt et ne présente aucune induration. Le sphincter se contracte facilement sous nos yeux, quand on engage le malade à faire des efforts de défécation. Cependant il laisse passer les sécrétions qui viennent de la surface ulcérée sus-sphinctérienne et les matières liquides.

On trouve quelques ganglions dans le pli de l'aîne, non douloureux, non enflammés.

On porte le diagnostic d'ulcération tuberculeuse de l'anus.

On l'opère le 17 mars. On fait quelque chose d'analogue à une cure radicale d'hémorroïdes. Après dilatation, on excise



toute la région ulcérée. On régularise en les avivant les bords muqueux et cutanés de l'ulcération. On abaisse la muqueuse rectale après décollement et l'on suture à la peau après avoir fait une hémostase soignée. Tout se passe bien et guérit par première intention.

Les suites éloignées furent parfaites. Nous avons revu le malade et nous n'avons constaté aucune récurrence.

OBSERVATION II (Personnelle)

G. J..., quarante et un ans. Salle Saint-Yves, n° 31. Agent d'assurances. Entré le 30 janvier 1913.

L'affection a commencé en 1909 par un petit nodule de la grosseur d'une noisette siégeant sur le bord gauche de l'anus. Elle était dure, rouge et douloureuse. La douleur était continue avec exacerbation au moment de la marche et des efforts de la toux. La défécation à cette époque n'exagérait pas les douleurs : c'est du moins ce que nous raconte le malade qui ajoute que ce nodule s'ouvrit au bout de quelque temps, donnant issue à une très petite quantité de pus.

A la suite de cette évacuation, le malade éprouva un grand soulagement qui aurait duré six mois. Mais ce fut le commencement d'une suppuration peu abondante, il est vrai, mais qui n'a pas cessé depuis. A cette époque, le malade ne voulut entendre parler d'aucun traitement. Les douleurs disparues un moment reprirent, moins vives qu'au début, mais augmentèrent progressivement pour atteindre, au mois de mars 1912, une acuité qu'elles n'avaient jamais eue. Cependant le malade continuait à vaquer à toutes les occupations de sa profession. Agent d'assurances à la campagne, il devait faire de longues

courses qu'il accomplissait à bicyclette, ce qui, à ses dires, ne l'incommodait point. Toutefois il fut obligé de s'arrêter et s'aliter au mois de novembre 1912. Les douleurs devinrent, sous l'influence du repos, plus supportables, quoique continues. Elles sont exagérées par les mouvements, la marche et surtout la défécation, car le malade est constipé.

La constipation a commencé au mois d'octobre 1912 et n'a pas cessé, malgré les médicaments de toute sorte dont a usé le malade. Il avait des selles tous les deux jours à peine, selles très pénibles qui donnaient lieu à une évacuation de matières très dures, en chapelet, en grains, et dont la durée allait parfois jusqu'à une heure et demie et était fréquemment d'une demi-heure à une heure.

Tels étaient les symptômes fonctionnels ; les caractères physiques de la lésion se modifiaient lentement pendant ce temps.

À la suite de l'ouverture, elle demeura stationnaire, donnant lieu à une légère suppuration. Cet état dura six mois, temps pendant lequel le malade éprouva le grand soulagement que nous avons noté. À partir de ce moment, la lésion subit des modifications. Elle s'agrandit excentriquement par ulcération progressive. L'ulcération s'étendait davantage sur le revêtement cutané de la fesse que sur la muqueuse anale proprement dite. Le malade resta une année entière dans cet état sans aucun traitement. En mars 1914, il consulta le Dr Helleu, de Saint-Brice-en-Coglès, qui lui conseilla une opération, avis que le malade n'écoula pas. Le mal ne fit qu'empirer, l'ulcération s'étendant de plus en plus, causant des douleurs intolérables qui le décidèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu.

On constate à ce moment une ulcération siégeant au niveau de l'anus, s'étendant depuis la pointe du coccyx jusqu'à 2 cen-

timètres de la naissance du scrotum sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Elle s'étend de chaque côté du raphé médian, sur une étendue un peu moindre, présentant sa plus grande largeur au niveau des ischions, évaluée à 8 centimètres, et allant en diminuant vers les deux extrémités. Le fond de l'ulcération est irrégulier, anfractueux, semblant criblé de petits orifices, cratériforme. Il est formé de bourgeons charnus granuleux, de couleur rosée, et donnant naissance à une suppuration peu abondante.

Les bourgeons sont très sensibles à l'exploration surtout au niveau du raphé périnéal antérieur. Il est impossible de reconnaître au milieu de ces bourgeons l'orifice anal. Les efforts de toux et de poussée ne permettent pas plus de délimiter son siège.

Les bords de l'ulcération sont rouges, taillés en pic, à contour plutôt réguliers, décollés sur une longueur de 2 centimètres à la partie gauche et postérieure de la lésion. A son niveau la peau présente une coloration violacée particulière. La base est souple, non indurée. On ne voit pas de granulations jaunâtres.

L'exploration de la région inguinale montre une adénopathie extrêmement marquée, que le malade a constatée seulement depuis qu'il est alité. On trouve une dizaine de ganglions gros et douloureux, faisant un relief apparent suivant l'axe du triangle de Scarpa. Les efforts de toux provoquent de la douleur au niveau de l'adénopathie, comme au niveau de l'anus.

Tels sont l'état local et l'histoire de la lésion.

L'état général est très mauvais. Le malade est extrêmement amaigri et présente l'aspect cachectique d'un tuberculeux à la dernière période. La température oscille entre 38 degrés et

39 degrés. Il transpire abondamment. Il tousse beaucoup. Cette toux aurait débuté, il y a cinq à six mois seulement aux dires du malade, mais les lésions pulmonaires, nous dit le Dr Hellen son médecin, ont débuté peu de temps après l'ulcération de l'anus, et ont évolué par poussées plus ou moins aiguës. Il crachait peu, mais l'expectoration a beaucoup augmenté depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu. L'auscultation révèle des lésions surtout marquées à droite et en avant où on entend des râles cavernuleux. En arrière on note au sommet droit de la respiration soufflante et de l'exagération de la toux, surtout dans la fosse sus-épineuse. Au sommet gauche, en arrière, on entend des râles crépitants dans la fosse sus-épineuse, en avant, expiration prolongée. L'examen bactériologique montre de nombreux bacilles de Koch.

Du côté de l'appareil circulatoire rien de particulier au cœur, si ce n'est la tachycardie : le pouls oscille entre 100-120. Les artères sont un peu dures.

L'appétit est conservé. Pas de troubles gastriques : la langue est humide, rosée, non saburrale. Il n'a jamais présenté de troubles intestinaux, sauf la constipation opiniâtre depuis octobre 1912.

Appareil urinaire normal. Ni sucre, ni albumine.

Habitudes d'éthylisme.

Il n'a jamais joui d'une santé robuste. Il a eu la fièvre typhoïde au régiment. A trente-six ans, congestion pulmonaire qui dura deux mois. Sa femme est morte de pneumonie caséuse au mois de mars 1912.

Le diagnostic porté par M. le professeur Dayot fut celui d'ulcération tuberculeuse de l'anus. La nature de l'ulcération étant donné l'état général du malade et l'évolution clinique de

la lésion n'était pas douteuse. D'ailleurs la réaction de Wassermann fut négative, et l'examen histologique, fait après biopsie nous a montré des lésions typiques de tuberculose : cellules géantes, infiltration embryonnaire et foyer de caséification.

En présence de l'état cachectique du malade, on ne pouvait songer à aucun traitement curatif. Mais à cause de ses souffrances insupportables, le Dr Marquis intervient cependant le 8 février, et pratique un anus iliaque. Cette opération entraîne une grande amélioration des symptômes douloureux en supprimant leur principale cause, la défécation par les voies naturelles. Elle amène en même temps un abaissement passager de la température qui oscille jusqu'au 15 février entre 37 et 38 degrés pour remonter à partir de ce moment au-dessus de 38 degrés.

Les jours qui suivirent l'opération le malade eut quelques crachats hémoptoïques, et il présenta une diarrhée abondante, nécessitant le renouvellement fréquent de son pansement. Elle persiste jusqu'à la fin. Le malade baisse en effet à vue d'œil, par suite des progrès de plus en plus marqués de ses lésions pulmonaires. Il meurt le 30 mars 1913.

(Nous reproduisons la photographie de la lésion particulièrement étendue de ce malade.)

OBSERVATION III

Due à M. le professeur Villar (*in* thèse de Chardon).

J. M., cinquante-deux ans, facteur des postes, entre à l'hôpital Saint-André le 6 septembre 1911, salle 17, lit 21, pour une fissure à l'anus, dit-il.

L'examen pratiqué le lendemain de son entrée, montre au

E. Chauvel.

pourtour de l'orifice un bourrelet variqueux, légèrement enflammé, un léger suintement se fait à ce niveau ; à côté d'un paquet, on observe une exulcération légère, à laquelle on rapporte toutes ces douleurs.

Ce malade présente momentanément des signes de bronchite, qui font retarder toute intervention. Sous l'influence de potions calmantes, tout rentre dans l'ordre, et huit jours après on procède à la dilatation.

L'opération eut lieu sans incidents ; le malade est constipé par l'administration d'extrait thébaïque et une amélioration des phénomènes douloureux se produisit, au dire du malade. Mais quelques jours plus tard, les crises douloureuses réapparaissent et on procède à un examen local.

Au niveau de la marge de l'anus on note la persistance de l'ulcération déjà signalée, mais elle a augmenté considérablement de volume ; l'ulcération, qui avait la surface d'une grosse tête d'épingle au début, a actuellement l'aspect d'un croissant de 1 centimètre carré de surface à peu près, situé sur le côté gauche de l'orifice anal.

Atouchement à la teinture d'iode dédoublée ; pansement sec. Sur ces entrefaites, le malade contracte une nouvelle bronchite. L'auscultation permet de percevoir au sommet des craquements, localisés en avant et à gauche, à droite et dans le sommet de l'aisselle.

L'appétit est mauvais ; le thermomètre monte le soir à 38 degrés. Cet état continue. L'état général s'altère progressivement.

12 novembre 1911. — Au point de vue local, malgré les pansements, l'ulcération s'est étendue, fait presque le tour de l'anus ; du côté droit, on trouve un pont de tissu intact. Cette

ulcération est grisâtre, purulente, les bords sont violacés, décollés par endroits ; l'ulcération ne repose pas sur une tumeur, mais s'étend vers le haut, empiétant sur le canal ano-rectal. Le toucher rectal permet de noter des modifications importantes dans la muqueuse rectale. Celle-ci est, de plus, nettement épaissie sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont pris.

L'auscultation permet de constater, au niveau des poumons, des lésions nettes de ramollissement, surtout du côté gauche. L'état général est mauvais ; le malade est fatigué par une diarrhée persistante, la fièvre continue. M. le professeur Villar ayant porté le diagnostic d'ulcération tuberculeuse de l'anus, on prélève une parcelle de tissu ulcéré. Examinée par M. le professeur agrégé Sabrazès, celui-ci conclut : « Il s'agit d'un foyer de tuberculose chronique infiltré dans la paroi rectale, à territoires confluents, surtout au niveau d'une ulcération qui a détruit la muqueuse. »

Le malade, considérablement affaibli, quitte le service le 20 novembre 1911.

En somme, chez notre malade, ce sont des phénomènes de crise fissuraire qui ouvrent la scène. A ce moment-là l'examen ne décèle rien de bien net, sinon une ulcération sans caractères bien marqués. L'ulcération une fois constituée a suivi une marche progressive faisant presque le tour de l'anus et s'étendant aussi en hauteur jusque dans l'intérieur du canal ano-rectal.

OBSERVATION IV

(Kramer)

Cas très rare de tuberculose anale

Le propriétaire Goldmann, trente-neuf ans, né à Musternick, dont les parents sont morts de tuberculose pulmonaire, ne s'est jamais plaint avant 1887, n'a jamais eu d'injection sous-cutanée, en général la santé est bonne.

Il ressent d'abord une toux avec légère expectoration, puis les selles sont fréquentes, douloureuses et accompagnées de pertes de sang (il croit avoir des hémorroïdes). En automne 1881 le malade consulte un médecin qui constate un ulcère de l'anus, de la grandeur d'une pièce de 50 pfennig, et lui ordonne un traitement général et cautérise la plaie.

Malgré ce traitement aucune amélioration ne se produit. L'ulcère grandit continuellement et occasionne de fortes et longues douleurs au moment et après la défécation ainsi que des pertes de sang. Suppuration continuelle, l'état général devient mauvais, le malade maigrit et ses forces diminuent de jour en jour.

21 mars 1888. — Le malade s'est présenté chez moi : Homme mal nourri, d'apparence tuberculeuse, toux, expectoration verdâtre, pas de fièvre, petit appétit, se plaignant des douleurs sus-nommées. A l'auscultation, respiration affaiblie avec râles au sommet du poumon droit ; organes abdominaux libres, pas de diarrhée, l'urine n'est pas albumineuse, les ganglions inguinaux sont tuméfiés, mais non douloureux. A l'anus je constate une tumeur large comme la moitié d'une

pomme, qui s'est étendue sur tout le côté droit de la partie anale : 1/2 centimètre sur la peau et 3 à 4 centimètres au fond de l'anus jusqu'au sphincter interne.

Suppuration très liquide, gris rouge, bourgeons très prononcés dépassant le niveau de la peau et de la muqueuse. A l'aide de la loupe, je vois dans les bourgeons des granulations gris jaune; le contour de l'ulcère est circulaire et régulier, de couleur violacée, et les parties voisines sont dures et nettes. Avec le doigt, qui entre difficilement dans l'anus, je touche le rectum au-dessus du sphincter interne.

Diagnostic. — Grand ulcère tuberculeux de la partie anale avec tuberculose du poumon droit et expectoration contenant des bacilles.

Par suite des fortes douleurs, que ressent le malade, je décide de tenter l'opération. Après les préparations usuelles : huile de ricin, lavement et opium, et nourriture liquide, l'opération a lieu le 24 mars 1888. L'opération consistait dans l'excision de l'ulcère.

L'ulcération s'étant étendue jusqu'au muscle, on a été obligé d'enlever le côté droit du sphincter externe. Après suture de la plaie, l'anus prend une nouvelle forme, et on peut y introduire le petit doigt. Tampons iodoformés. L'opération a été normale et la guérison se fait par première intention.

Le malade quitte l'hôpital trois semaines après l'opération. Il ne s'est pas produit de récurrence. Le malade est mort de la phtisie en 1889.

Ainsi, ce cas ne ressemble nullement aux cas d'Eschsch et des auteurs français, probablement à cause de la cautérisation du premier traitement. D'après la nature des granulations, on ne pouvait penser à un cancer, d'autant plus que le malade

était déjà atteint de tuberculose. Il est à remarquer que le premier médecin qui a traité le malade avait constaté d'abord une ulcération de la muqueuse anale, mais plus tard l'ulcère s'est étendu à l'extérieur.

Très probablement le malade a dû avaler ses crachats, et les bacilles tuberculeux sont restés dans les plis de l'anus, et ont déterminé la tuberculose anale.

Résumé des observations dues au professeur Hartmann (1).

(Revue de chirurgie 1894.)

OBSERVATION V (XXVII)

L..., quarante-six ans, entre dans le service du professeur Terrier le 20 janvier 1883.

Chancre induré à vingt ans. A part cela, il a toujours joui d'une bonne santé.

Vers 1875, il a eu une poussée hémorroïdaire très douloureuse. Il y a trois ans il éprouva quelques démangeaisons à l'anus ; et il y a deux ans et demi, il remarqua sur la peau de la fesse, à gauche, une petite plaie qui s'est étendue et a entamé peu à peu le canal anal.

20 janvier. — Il existe, au niveau de l'anus, une vaste ulcération qui en occupe presque tout le pourtour ; un seul point de peau saine persiste en avant et à gauche.

Cette ulcération se termine en arrière à un centimètre et

1. Pour les observations détaillées, se reporter à l'étude générale de la tuberculose anale faite par le professeur Hartmann, dans le numéro de janvier 1894 de la *Revue de Chirurgie*.

de mi environ du coccyx ; en avant, elle empiète jusque sur le périnée antérieur. A gauche, elle est limitée par deux demi-cercles, un postérieur très grand et un postérieur plus petit. A droite, elle forme une surface arrondie se continuant en avant avec un demi-cercle plus petit qui s'étend un peu plus en avant que le gauche.

Bords légèrement pigmentés, taillés à pic, en certains endroits suivant une pente douce avec le tissu de l'ulcération, le fond est tapissé de bourgeons charnus légèrement grisâtres. A droite, on trouve deux petits points jaunâtres.

L'ulcération remonte dans le canal anal et l'on ne peut voir sa limite supérieure.

Sécrétion sanio-purulente. Pas d'induration. Pas de douleur à la défécation, mais le malade souffre un peu en s'essuyant. La résistance du sphincter est un peu diminuée et le malade retient difficilement ses matières.

Ganglions inguinaux augmentés, mais non douloureux.

Pas de diarrhée.

Lésions pulmonaires aux deux sommets.

Le malade est soumis au traitement spécifique et à des cautérisations au nitrate d'argent suivies de pansements iodoformés.

Le 21 mai, M. Terrier fait un grattage suivi de cautérisation.

La cicatrisation se fait lentement. Mais la tuberculose pulmonaire gagne du terrain et il existe en outre des complications laryngées.

Le malade sort le 3 août sur sa demande. Il revient le 22 août.

La cicatrisation a fait des progrès.

Il meurt le 22 juillet 1884 des progrès de sa tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VI (XXIX)

J. D..., trente-deux ans, entre le 13 septembre 1884 à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents lymphatiques. — En 1883, il a eu une hémoptysie suivie d'une pleurésie gauche. Depuis ce moment le malade est resté amaigri, et sujet à des bronchites et à la diarrhée. Pas de syphilis.

Il y a un mois, légères douleurs à l'anus, puis quinze jours plus tard le malade constate une légère ulcération dont la sécrétion tache sa chemise.

État actuel. — Sur la ligne médiane postérieure, on voit une ulcération qui empiète sur les deux fesses et qui profondément s'enfonce dans le canal anal. En dehors, les bords sont festonnés, nettement découpés, et un peu violacés. A un point, à droite, ce bord se confond avec un pli un peu hypertrophié de la marge. A gauche, l'ulcération pousse un prolongement moins profondément ulcéré où l'on voit de petites excavations jaunâtres séparées par des intervalles de peau saine.

Du côté du rectum les bords sont nettement taillés. Le fond est formé de bourgeons charnus entre lesquels se trouvent des dépressions à fond jaunâtre.

Lésions pulmonaires aux deux sommets en arrière.

2 octobre. — Ablation large de l'ulcération.

Le malade sort le 18 octobre, avant la complète cicatrisation de la plaie.

OBSERVATION VII (XXX)

G..., vingt et un ans entre le 21 mars 1883 à l'hôpital Tenon pour tuberculose pulmonaire.

Ce malade, qui n'avait jamais rien eu du côté de l'anus, éprouva, il y a neuf mois, quelques douleurs en allant à la selle et constata à l'aide d'une glace des lésions qu'il comparait à de petits boutons crevés.

Son ulcération n'a été aucunement modifiée par des pansements iodoformés.

Le 17 avril, on constate une ulcération occupant tout le pourtour de l'anus, sauf une petite languette cutanéomuqueuse large de 1 centimètre à 1 cm. 1/2, formant une sorte de pont de tissu sain.

L'ulcération s'enfonce dans le canal anal. Les bords sont nettement limités, en certains endroits taillés à pic, en d'autres se continuant avec l'ulcération. En quelques points, ils sont décollés. La peau environnante est saine et présente une pigmentation très marquée.

On ne voit sur le fond de l'ulcération que quelques bourgeons très larges, plats, pâles, sans vitalité. Pas d'induration. Pas de douleur spontanée, un peu de douleur quand on cherche à déplisser le canal anal.

De chaque côté, dans les plis inguinaux, un ganglion, sensible à la pression.

Ce malade est mort le 23 mars 1885 des progrès de sa tuberculose pulmonaire.

L'examen histologique, fait par M. Didier, a montré la nature tuberculeuse de l'ulcération, et y a décelé la présence des bacilles.

OBSERVATION VIII (XXXI)

C. P..., vingt-sept ans, femme de chambre, entre le 16 avril 1885 à l'hôpital Necker. Cette malade a de la diarrhée intermittente depuis six mois environ. Depuis quatre mois elle tousse, a des selles très douloureuses, quelquefois accompagnées d'un peu de sang et de glaires, elle est amaigrie, a perdu l'appétit et dort mal.

23 avril. — Sur la demi-circonférence postérieure de l'anus, on voit des saillies condylomateuses, exulcérées à leur face interne. Sur la marge à droite, on trouve un orifice fistuleux; plus en arrière, sur la ligne médiane postérieure, une ulcération à bords festonnés, décollés, conduisant dans un clapier. En dépliant l'anus, on voit que toute la demi-circonférence postérieure est occupée par une ulcération qui remonte dans le canal anal. Son fond est grisâtre, inégal, et on y voit quelques granulations jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle. Aucune induration sous-jacente.

Toutes ces parties sont constamment baignées par un liquide diarrhéique qui s'écoule au moindre accès de toux.

Lésions pulmonaires à gauche. L'abdomen est un peu ballonné, douloureux à la pression.

La malade meurt le 5 mai 1885.

A l'autopsie, on constate des lésions de tuberculose généralisée; caverne des deux poumons; pneumonie caséuse; péri-tonite tuberculeuse; ulcérations tuberculeuses de l'intestin; ganglions mésentériques caséux.

Examen de l'anus. — Les végétations péri-anales sont formées d'un tissu grisâtre parcouru d'aigrettes vasculaires.

qui partent d'un centre où se trouve un vaisseau plus volumineux. A la périphérie de l'anus existent plusieurs fistules borgnes externes. A l'intérieur de l'anus on trouve une ulcération qui se limite supérieurement par un contour net. Presque immédiatement au-dessus, commence une nouvelle ulcération. Dans le rectum, nombreuses ulcérations à grand diamètre transversal mesurant de 3 à 5 centimètres, semé de granulations dont quelques-unes sont franchement caséeuses. A la coupe, ces ulcérations ont un fond tapissé par un tissu grisâtre où l'on ne trouve qu'en de rares endroits des granulations. A côté de ces grandes ulcérations on en remarque de petites, superficielles, confluentes, constituant les grandes ulcérations.

OBSERVATION IX (XXXII)

A. J..., trente-trois ans, garçon de magasin, entre le 29 avril 1886 à l'hôpital Lariboisière pour des accidents de tuberculose pulmonaire. Père et mère morts phthisiques. Un frère toussant habituellement. Comme antécédents personnels : fluxion de poitrine et pleurésie à quatre ans ; à six ans, petite vérole ; à dix, fièvre typhoïde. Depuis deux ans le malade tousse et crache, et a maigri considérablement depuis plusieurs mois. A son entrée, malade amaigri, présentant des lésions pulmonaires surtout marquées à gauche. L'expectoration est abondante, très liquide, sans crachats muco-purulents. La toux s'accompagne de douleurs sous la clavicule gauche.

Rien au cœur, pas de diarrhée.

Le début de son affection anale est assez obscur. Quelques démangeaisons, puis léger suintement, et constatation d'une petite plaie à l'anus. Cette plaie se serait améliorée après appli-

cation de pommade camphrée ; mais depuis deux mois, elle s'est agrandie de nouveau.

Actuellement, ulcération en fer à cheval laissant la partie antérieure de l'anus intacte et circonscrivant la partie postérieure. Du côté de la peau les contours sont festonnés, nettement découpés et même un peu décollés par places. Légère pigmentation.

Le fond est anfractueux, non bourgeonnant, suppurant peu et ne donnant qu'une sérosité louche. On voit des points jaunâtres, caséeux. A droite l'ulcération ne pénètre pas l'anus, elle est limitée de ce côté par un bord un peu saillant, légèrement décollé par endroits, partout nettement découpé. En arrière elle plonge dans le canal anal où elle se limite par un bord net, un peu décollé par places. Les bords ont une consistance légèrement augmentée. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de douleurs spontanées. Elles existent seulement quand les selles sont un peu dures ; il se produit alors un léger écoulement sanguin. Le sphincter fonctionne bien, le toucher rectal est un peu douloureux.

Nombreux bacilles dans le pus et dans les crachats.

La tuberculose pulmonaire fait de rapides progrès pendant les semaines qui suivent ; le 17 juin le malade est pris de diarrhée ; le 26 juin de rétention d'urine ; il meurt le 2 juillet 1886.

Autopsie. — Poumons entièrement infiltrés ; appareil génital sain ; granulations, dont quelques-unes ulcérées, dans la vessie.

Rien dans la rate, le foie, les reins.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de particulier ; le cæcum est envahi presque entièrement par une large ulcération.

Appendice sain. On trouve sur le reste du gros intestin deux autres ulcérations ; l'une sur le côlon transverse, l'autre sur le côlon descendant. Elles ont la dimension d'une pièce de 2 francs. Du côté du péritoine, on voit, au niveau de ces ulcérations, des granulations le soulevant.

Le rectum incisé, on constate qu'il existe au niveau de l'anus une ulcération qui ne laisse intact qu'un pont de 1 centimètre de largeur en avant. Cette ulcération mesure 2 centimètres de haut ; elle occupe toute la région des plis semi-lunaires qui ont entièrement disparu. Elle ne remonte pas dans le rectum et est limitée par des bords nettement découpés du côté de la peau et du côté de la muqueuse. La muqueuse rectale au-dessus est rouge, vascularisée ; ses lésions vont en s'atténuant peu à peu. Plus tard, sur la muqueuse rectale, deux petites ulcérations cratériformes, superficielles.

Pas de ganglions dans le mésorectum, mais augmentation de volume des ganglions inguinaux.

Thrombose de la veine fémorale droite.

L'examen histologique a été fait par M. Pilliet : l'épiderme est très papillaire aux bords mêmes de l'ulcération ; mais à courte distance, il reprend ses caractères normaux et le derme est relativement peu infiltré. Pourtant il existe des follicules tuberculeux sous l'épiderme sain en apparence. Le fond de l'ulcération, formé de bourgeons charnus, contient de nombreuses fibres musculaires envahies par la sclérose. Ce tissu ne renferme que peu de cellules géantes ; on y rencontre encore des groupes de vaisseaux perméables. Il existe aussi dans les points où le muscle fait défaut un envahissement adipeux marqué des tissus.

OBSERVATION X (XXXIII)

E. L..., trente-neuf ans, charron, entre le 9 décembre 1886, pour une ulcération anale, à l'hôpital Lariboisière.

Ce malade, atteint depuis plusieurs années d'accidents tuberculeux pulmonaires et laryngés, est sujet depuis un an à de la diarrhée ; depuis la même époque il ressent une certaine gêne au niveau de l'anus.

A l'examen de l'anus, on constate l'existence d'une ulcération qui en occupe la partie droite et s'avance dans le canal anal. Les bords sont festonnés, nettement découpés et même décollés par place. Ce décollement atteint 1 centimètre dans les parties voisines de l'orifice anal. La peau est légèrement rosée et oedématisée.

Le fond est inégal, grisâtre, présentant des bourgeons charnus qui portent eux-mêmes des granulations très adhérentes.

L'ulcération remonte dans la partie droite du canal anal à une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Comme traitement, on dilate l'anus, on incise une partie de l'ulcération et on gratte le reste. Pansement iodoformé.

Le malade quitte l'hôpital le 5 février, l'ulcération n'étant pas encore complètement cicatrisée.

L'examen histologique fait par M. Pilliet donne les résultats suivants :

Partie encore recouverte d'épiderme. — L'épiderme a perdu sa couche cornée et présente des papilles très développées et très infiltrées.

Dans la couche choriale, on rencontre des follicules tuberculeux.

Partie ulcérée.— Papilles extrêmement développées au bord. L'ulcération est formée de gros bourgeons charnus, où l'on trouve peu de vaisseaux. Grandes trainées caséeuses résultant de la fusion de nombreux follicules et recouvertes de cellules épithélioïdes nécrosées.

Infiltration considérable des muscles sous-jacents, ainsi que des vaisseaux qui sont entourés de manchons de cellules embryonnaires. Le tissu musculaire présente une sclérose assez prononcée.

OBSERVATION XI (XXXIV)

E. E..., veuve V..., cinquante-cinq ans, journalière, entre le 14 septembre 1887 à l'hôpital Necker.

Depuis deux mois, cette malade éprouve quelques douleurs en allant à la garde-robe, douleurs minimales et seulement quand les selles sont un peu dures. Il y en a également dans la station assise et pendant la toux.

En général constipée, la malade a souffert il y a un an d'une diarrhée qui a duré huit jours.

Cette malade a perdu son mari phtisique et deux enfants, l'un mort de méningite, l'autre de phtisie galopante. Elle-même depuis la mort de son mari s'est mise à tousser. Légère exacerbation vespérale de sa température.

Du côté de l'anus, on constate une ulcération occupant tout le segment postérieur et plongeant dans le canal anal. Son contour est un peu irrégulier. Les bords sont taillés à pic, décollés par places. A ce niveau, la peau est légèrement épaissie et pigmentée. En avant, les bords forment deux plis notablement épaissis qui plongent dans l'anus.

Le fond est plat et grisâtre. Le toucher rectal permet de retrouver une muqueuse saine.

De l'anus, sort, quand le sphincter se contracte, un pus grisâtre. Pas de ganglions inguinaux. MM. Polguère et Hallé ont trouvé des bacilles tuberculeux dans la sécrétion fournie par l'ulcération.

OBSERVATION XII (XXXV)

X..., vingt-huit ans, professeur, a contracté la syphilis en mars 1889.

En avril 1891, il ressent quelques démangeaisons au niveau de l'anus, démangeaisons qui augmentèrent peu à peu ; depuis un mois, taches de pus sur la chemise ; depuis quinze jours, vives douleurs en allant à la selle. Par deux fois, léger écoulement sanguin. Aucune modification locale sous l'influence du traitement spécifique.

Il existe une ulcération de la partie gauche et postérieure de l'anus, bordée en avant et à gauche par un pli hypertrophié de la peau. Les bords, découpés à pic et décollés par places, présentent une série de trous de la grosseur d'une tête d'épingle.

Fond bourgeonnant et caséeux, présentant de fines granulations jaunâtres. L'ulcération remonte profondément dans le canal anal. Aucune induration. Ulcération à peu près indolente au toucher.

Malade maigre, présentant des signes de tuberculose pulmonaire au début. Pas de diarrhée.

L'opération consiste en dilatation anale, extirpation de la portion cutanée de l'ulcération, grattage et cautérisation de la

portion intra-anale. Pansement iodoformé. Drain dans l'anus.

Le malade sort, la plaie opératoire presque entièrement cicatrisée. La guérison s'est achevée dans les jours qui suivirent.

Examen histologique fait par M. Pilliet. — Épiderme très épaissi, mais sans couche cornée. Au-dessous, le chorion est complètement envahi par des follicles tuberculeux.

Le derme est extrêmement épaissi et envahi par l'infiltration embryonnaire. Les vaisseaux sont très altérés. On trouve dans le corps de Malpighi de grandes vacuoles où siègent de petits amas de leucocytes.

L'inoculation faite à un cobaye par M. Michon fut positive.

OBSERVATION XIII (XXXVI)

L. M..., quarante-deux ans, tailleur de pierres, entre le 24 décembre 1891, à l'hôpital Bichat pour une ulcération anale.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. En 1883, il présenta une fistule à l'anus qui fut opérée et guérit. Depuis quelques années, il tousse et crache; depuis quatre mois, il souffre dans le côté gauche de la poitrine; depuis deux mois, sa voix est voilée.

Depuis trois mois, légères douleurs et léger écoulement au niveau de l'anus, les douleurs ne se montraient qu'au moment des gardes-robes, quand celles-ci étaient dures. Depuis deux mois, il a de la diarrhée.

On constate à l'anus une ulcération en occupant toute la circonférence. Elle occupe les deux côtés de l'anus sur une largeur d'une pièce de 2 francs. En avant elle est limitée par deux plis hypertrophiés et s'étend sous forme de fente sur le

raphé périnéal antérieur. En arrière, elle est beaucoup plus limitée. Elle plonge assez profondément dans le canal anal.

Bords découpés, un peu décollés et présentant à certain endroit un aspect papillomateux.

Le fond est sanieux et présente des bourgeons grisâtres, qui ne saignent pas, même soumis au frottement. Ils portent de petites masses jaunâtres qu'on ne peut enlever qu'avec la pointe du bistouri.

Au palper, l'ulcération est souple, les bords sont légèrement indurés.

Au toucher, on sent la limite supérieure de l'ulcération qui est nette, la muqueuse sus-jacente est saine.

Ces explorations sont un peu douloureuses mais ne déterminent pas de saignement.

On trouve dans le pli inguinal droit un gros ganglion.

Amaigrissement considérable depuis six mois. Tuberculose bilatérale en voie d'évolution assez avancée.

11 janvier. — On enlève un fragment de l'ulcération et on gratte le reste à la curette. La plaie ne se cicatrise pas, et le malade meurt le 4 mars 1892 des progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire aux divers degrés. Quelques ulcérations tuberculeuses dans la partie terminale de l'intestin grêle et dans le gros intestin.

L'ulcération anale occupe tout le canal anal et le déborde du côté muqueux et cutané. Quelques ganglions inguinaux présentent des points caséeux.

Examen histologique par M. Pilliet d'un fragment de l'ulcération enlevé sur le vivant : l'épiderme a perdu sa couche

cornée et le *stratum granulosum* sous l'action du travail inflammatoire.

Le chorion est envahi par les follicules tuberculeux qui forment deux couches : une couche supérieure où ils forment une masse bourgeonnante très vascularisée ; une couche inférieure où ils ont gardés leurs caractères typiques. Le tissu musculaire sous-jacent est envahi par la sclérose et par la dégénérescence adipeuse.

OBSERVATION XXXVII

H. B..., quarante-trois ans, garçon boucher, entre le 15 avril 1893 à l'hôpital Bichat.

Dans ses antécédents héréditaires, il a deux frères morts de la poitrine et un autre d'un abcès froid.

Personnellement, il a eu une fièvre typhoïde à sept ans, une fluxion de poitrine à dix-sept ans. L'année suivante, en 1868, il a eu une bronchite et depuis ce temps il tousse facilement. Dans ces derniers temps, il a eu de la diarrhée, et il a éprouvé quelques démangeaisons au niveau de l'anus, en même temps qu'il s'établissait un suintement tachant la chemise.

Le malade présentant des lésions tuberculeuses pulmonaires avancées, présente à l'anus une ulcération qui en occupe toute la périphérie et qui plonge dans le canal anal. Les bords sont nets, décollés par place. Le fond est inégal, grisâtre. Aucune induration. Engorgement des ganglions inguinaux.

Le malade meurt le 11 juin 1893 des progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Autopsie.— Outre les lésions pulmonaires, ulcérations tuberculeuses du cæcum et du gros intestin. L'ulcération anale

occupe toute la hauteur du canal anal et empiète à la fois sur le revêtement cutané et la muqueuse rectale.

Examen histologique par M. Pilliet. — A la limite rectale, le bord est un peu décollé. Au-dessous de l'épithélium, on trouve une infiltration embryonnaire très vasculaire, sans tubercule. Dans le sillon ulcéré, on voit des follicules conglomerés dont le centre caséux est en train de se vider, dont la périphérie représente le type du nodule tuberculeux dans le tissu lymphoïde, dit nodule de Friedlander, ce tissu lymphoïde se continue à la surface même de l'ulcération avec une couche de bourgeons charnus au-dessous de laquelle sont des cavernules qui présentent par places des prolongements allongés, allant jusque dans la couche musculaire lisse qu'ils détruisent et perforent.

Vers son milieu, l'ulcération est constituée par des bourgeons charnus très vasculaires avec quelques rares masses caséuses. Au-dessous, tissu inflammatoire semé de quelques nodules embryonnaires. Sclérose du tissu musculaire.

A la limite cutanée, on constate un décollement du bord et un développement considérable des bourgeons embryonnaires très vasculaires, doublés de follicules caséux.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

PÉRIODE DE DÉBUT

Il est très rare de constater le début des ulcérations tuberculeuses de l'anus, et le plus souvent on est obligé de s'en tenir aux dires des malades pour avoir des renseignements sur le commencement de leur affection.

Plusieurs causes contribuent à ce manque de contrôle et d'observation : d'abord, l'incurie des malades qui en sont atteints ; comme nous le verrons en étudiant l'étiologie de ces ulcérations, c'est une localisation de la tuberculose qui ne survient que chez des bacillaires, avancés la plupart du temps, rendus à la seconde ou à la troisième période : c'est cette catégorie de malades, qui forment la grosse majorité des tuberculeux soignés dans les hôpitaux, et qui négligent de consulter à temps ; souvent aussi un sentiment de fausse honte qui fait reculer le malade devant l'examen du médecin. Quelquefois le début insidieux et indolore de cette affection ne se signale par aucun symptôme subjectif à l'attention du

malade. Tel ce cas dont parle le Dr Guelliot dans une observation rapportée par M. Hartmann. Il s'agit d'un homme « qui prétend qu'à la suite d'une course à cheval est apparue une petite ulcération qui ne s'est jamais cicatrisée, mais la relation de cause à effet ne semble pas bien nette dans son esprit, et il est probable que la course à cheval n'a eu pour conséquence que d'appeler l'attention du patient de ce côté ».

Autre cas de Broca, rapporté par le même auteur : une enfant, en traitement pour coxalgie, chez qui on constate, la première fois qu'elle se plaint de l'anus, des ulcérations déjà étendues et qui devaient évoluer depuis quelque temps.

Mais la plupart du temps, c'est par des symptômes douloureux qu'il éprouve que le malade s'aperçoit qu'il est porteur d'une lésion anale.

Cette douleur est très variable, tantôt se bornant à de simples démangeaisons (1), ou à une sensation de cuisson (2), ou de gêne (3), tantôt n'apparaissant que dans la position assise (4), ou au moment de la défécation (5). Ces douleurs quelquefois peuvent

1. M. Hartmann, *Contribution à l'étude de la tuberculose anale*. Obs. XXVII, XXXII (*Revue de Chirurgie*, janvier 1894).

2. Gosselin, *Ulcération tuberculeuse de l'anus* (*Gazette médicale de Paris*, 27 mars 1880).

3. Obs. d'Hamonic, *Contribution à l'étude de la tuberculose ano-rectale*. Paris, 1887, n° 44 (Thèse de Mourret). — M. Hartmann, obs. XXXII, *loc. cit.*

4. Obs. de Letulle, *Étude clinique sur les ulcérations tuberculeuses de l'anus*. Paris, 1880, n° 392. (Thèse de Prîmet).

5. M. Hartmann, obs. XXX, XXXI, XXXIV, *loc. cit.* — Liouville,

être très aiguës, persistantes, exaspérées par le passage des matières fécales, comme dans le cas de Martineau (1), et dans notre observation II. Notre malade cependant était très affirmatif, sur ce fait que la défécation n'augmentait pas les douleurs, du moins au début.

Les douleurs ne sont pas toujours le seul symptôme du début. Les malades s'aperçoivent quelquefois que leur linge porte des taches de pus (2) ou de sang (3) ; ou même, ces deux symptômes coexistent (4). Ajoutons à cela la diarrhée dont M. Hartmann a signalé l'existence fréquente, douze fois sur trente et une, et l'importance étiologique. C'est une diarrhée le plus souvent tuberculeuse, comme on le constate par la présence sur le tube digestif d'ulcérations bacillaires. Vallas a bien étudié cette tubercu-

Ulcération tuberc. de l'anus, survenue dans le cours d'une phthisie généralisée (Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 385).

1. Martineau, *Ulcération tuberc. de l'anus et de la fesse gauche chez un malade atteint de phthisie pulmonaire et d'angine tuberculeuse* (Société méd. des Hôpitaux, 28 mai 1874, p. 138).

2. Malassez. *Ulcération tuberculeuse de la marge de l'anus* (Bull. de la Soc. anat., mars 1871, p. 12). — Péan et Malassez, *Études cliniques sur les ulcérations anales*. Paris, 1871. — Féréol, *Notes sur quelques ulcères spéciaux développés au niveau des orifices naturels chez les tuberculeux* (Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 12 juin 1874). — Duplay, *Ulcération tuberculeuse du rectum et de l'anus* (Archives générales de médecine, t. II, p. 82, 1882). — Derville, *Des ulcérations tuberculeuses de l'anus* (Journal des Sciences médicales de Lille, 18 avril 1890). — M. Hartmann, obs. XXIX, XXXII, XXXVI, XXXVII, loc. cit.

3. D. Mollière, *Traité des maladies de l'anus et du rectum*, 1877.

4. Esmarch, thèse de Primet. Paris, 1880, n° 392. — M. Hartmann, obs. XXXV, loc. cit.

lisation du tube digestif dont les lésions anales ne sont qu'une manifestation antérieure.

Tel est l'ensemble des symptômes fonctionnels, des troubles dont le malade se plaint quand il consulte pour la première fois, et à ce moment, l'observateur se trouve en présence d'une ulcération entièrement constituée, arrivée à la période d'état. Peu d'entre eux viennent trouver le médecin suffisamment tôt, pour que celui-ci puisse voir l'aspect de la lésion à son début, aux premières phases de son développement, et les malades ne donnent souvent que des renseignements vagues à ce sujet. Comme le dit M. le professeur Hartmann, « l'attention du malade n'a été attirée vers l'anus que par de légères démangeaisons, par une douleur minime, en allant à la garde-robe, par une gêne locale, symptômes bientôt accompagnés d'un petit suintement ; dans quelques cas, c'est après une attaque de diarrhée, une course à cheval, une poussée hémorroïdaire que l'on a constaté le développement d'une ulcération ».

Cependant l'analyse des observations permet de préciser les symptômes physiques de début qui se présentent en général suivant deux modes, qui, d'ailleurs, correspondent bien à la pathogénie de cette affection. Ce sont ces deux types que nous allons essayer de mettre en relief en nous éclairant de ces données pathogéniques et de l'examen des cas cliniques.

« Il y a deux manières de concevoir la genèse de cet ulcère ; ou l'agent infectieux entraîné par le sang

est porté avec lui dans l'endroit de la peau où la lésion se formera, on bien le bacille est déposé sur le tégument à la faveur d'une petite plaie, d'une écorchure (1). » Suivant l'origine de l'infection tuberculeuse, par voie sanguine ou par voie extérieure, le follicule tuberculeux se développe dans le derme d'une peau préalablement saine, où la greffe bacillaire se fait secondairement sur des lésions banales, préexistantes, aptes à recevoir la contamination.

« Le début de l'ulcération tuberculeuse peut être spontané, primitif, ou être consécutif à un léger traumatisme.

» Dans le premier cas, on voit apparaître sur la peau un petit bouton, qui offre, aux premiers stades de son évolution, les caractères d'une papule, petite, dure, rouge. Au bout de peu de temps, le sommet de cette papule se ramollit, prend une teinte blanchâtre annonçant la transformation purulente ou caséuse de sa masse centrale. La base de la petite élevure est nettement délimitée avec les parties voisines, et le tissu dermique qui l'entoure est souple, lisse, conserve sa coloration normale et paraît absolument sain. Sa mince couverture épidermique tendue sur le sommet de la petite pustule, ne tarde pas à se rompre, soit que l'accumulation du liquide dans son intérieur la distende à l'extrême

1. J.-B. Laffitte, *Tuberculose cutanée ; Tuberculides. (Pratique dermatologique).*

et la fasse éclater, soit que la démangeaison légère dont elle est le siège y appelle les doigts du malade qui, en la grattant, l'excorie et la déchine. Alors une minime quantité de liquide séro-purulent s'échappe par le cratère ainsi formé; les bords s'affaissent, et la petite plaie, au lieu de se cicatriser, s'étend et s'agrandit aux dépens du tissu voisin: l'ulcération est constituée. Dans le second cas, l'ulcération s'établit sur une blessure accidentelle. »... « Le malade ne prête d'abord aucune attention à ce mince accident, mais bientôt il remarque que la solution de continuité ne se cicatrise pas. Elle s'agrandit au contraire. Elle peut se recouvrir d'une petite croûte, mais cette croûte enlevée laisse voir au-dessous d'elle, non pas une plaie en voie de guérison, mais un ulcère qui s'étend chaque jour davantage. » (Vallas).

Ainsi se développe l'ulcération tuberculeuse. Certains malades se surveillant donnent à ce sujet des renseignements assez précis ou faciles à interpréter. L'un d'eux parle d'un bouton causant du prurit (1), un autre d'une petite induration douloureuse (2). Duplay rapporte un cas ayant commencé par un tubercule cutané du côté de l'anus chez un individu n'ayant jamais rien présenté du côté du rectum. Hamonic observe chez un étudiant « une plaque de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, un

1. Martineau: Soc. méd. des Hôp. de Paris, 28 mai 1874.

2. Letulle, in thèse de Primet, Paris, 1880.

peu dure, résistante, qui donne la sensation d'un chancre infectant de la peau ». Un malade de M. Hartmann comparait la lésion qu'il présentait à de petits boutons crevés. Chez tous ces malades, on ne signale aucune autre lésion, ni fissure, ni excoriation, ni hémorroïdes. La lésion se présente donc sous la forme d'un nodule induré, « d'une petite papule rouge et dure, qui se ramollit et s'ulcère. La petite plaie qui en résulte ne se cicatrise pas, mais elle gagne en surface par la fusion d'autres petites papules ulcérées développées autour d'elles. » (J.-B. Laffite.)

Citons d'ailleurs quelques passages caractéristiques à ce sujet de l'observation d'Hamonic (thèse de Mourret), qui a eu la rare occasion de pouvoir suivre l'évolution de ce nodule vers l'ulcération : « La couleur est rougeâtre. Elle est d'un blanc grisâtre vers le centre. A ce niveau, sur la couleur du tégument, plusieurs points d'un blanc foncé tranchent nettement. Ils rappellent vaguement l'aspect d'un petit anthrax... » « Un mois après, la petite plaque est ulcérée à la suite d'une station debout et d'une marche trop longtemps prolongée. L'ulcération est à peu près circulaire. Elle repose sur une base très peu indurée. La pression à son niveau n'est pas douloureuse. La périphérie est rougeâtre. Les bords sont taillés à pic, mais le fond est peu profond, un peu granuleux, puriforme. »

Dans tous ces cas, il s'agit d'ulcérations d'origine

endogène, primitivement développées sur un tégument indemne de toute excoriation perceptible.

Mais d'autres fois, c'est sur une peau préalablement lésée que se greffe l'ulcération tuberculeuse, et elle se présente alors sous des caractères différents.

Rien ne permet de prévoir l'évolution que suivra la lésion cutanée que l'on observe, et le premier examen que l'on pratique ne peut faire soupçonner la nature de l'affection. Voici deux cas où l'on a pu surprendre le développement de l'ulcération. L'un est dû à Spillmann qui rapporte que, chez un malade, l'affection a débuté sous la forme d'une fissure à laquelle on a fait d'ailleurs le traitement par la dilatation. C'est cette fissure qui s'est progressivement étendue et a formé une ulcération de nature tuberculeuse.

L'autre observation est due à Chardon (1). C'est à côté d'un paquet d'hémorroïdes enflammées que l'on constate une légère exulcération qui se présentait avec des symptômes d'une fissure à l'anus et qui a continué à évoluer malgré le traitement approprié qu'on lui appliqua.

Dans ces cas le diagnostic est impossible, et c'est l'évolution qui fait connaître la véritable nature de la lésion.

L'évolution est lente la plupart du temps, continue, et en général au bout de quelques semaines on se

1. Chardon, Thèse de Bordeaux, 1911, n° 23, *Contribution à l'étude de la tuberculose ano-rectale.*

trouve en présence d'une ulcération définitivement constituée, et présentant tous les caractères cliniques d'une ulcération tuberculeuse, avec la symptomatologie un peu spéciale qu'elle doit à son siège.

PÉRIODE D'ÉTAT

Le malade qu'on a l'occasion d'examiner, qui vient consulter pour certains troubles ou douleurs qu'il éprouve à l'anus est généralement un malade amaigri, offrant l'aspect et l'habitus extérieur d'un tuberculeux confirmé. Les ulcérations tuberculeuses ne se développent guère qu'à cette époque de l'infection bacillaire. Cependant il existe des exceptions, et certains malades présentent une apparence robuste malgré des lésions pulmonaires assez avancées.

Le malade, aux premières questions, répond que, depuis longtemps déjà, il est gêné du côté de l'anus, qu'il souffre au moment où il va à la selle quelquefois même sans cause apparente. Il ajoute souvent qu'il a constaté un léger écoulement purulent ou sanguin, symptômes que nous avons vus à la période de début.

La douleur est, en effet, le symptôme fonctionnel le plus constant.

Cette douleur est spontanée ou provoquée, et il y a lieu de distinguer ces deux formes.

La douleur spontanée est d'observation assez rare.

Dans notre cas, la douleur fut constante pendant toute l'évolution de l'ulcération, et elle fut même si vive qu'elle obligea le malade à s'aliter. Il supporta ces souffrances pendant plus de deux ans sans vouloir faire aucun traitement : cette patience s'expliquerait difficilement, si l'on ne savait combien dans nos régions certaines catégories de malades, soit par une sorte de défiance du médecin, soit par pusillanimité, refusent devenir consulter.

On retrouve signalée cette douleur spontanée dans l'observation de Gosselin, dans celle d'Hamonic. Dans cette dernière, il s'agit d'un jeune étudiant qui « depuis quelques semaines et sans aucun motif, ressent une gêne douloureuse au côté droit de l'orifice anal ».

Mais ces douleurs spontanées, souvent absentes, sont presque toujours atténuées. Nous n'avons trouvé dans aucune observation des douleurs aussi persistantes et aussi vives que celles de notre malade. Elles se bornent le plus fréquemment à une gêne très légère. Mais le moindre incident provoque leur exagération.

Pendant la marche, la station assise et surtout la défécation, on voit apparaître des souffrances qui peuvent devenir intolérables. Qu'il nous suffise de citer quelques passages pris dans les diverses observations connues. « L'ulcération est peu douloureuse, la défécation seule est pénible » (Malassez). « Depuis cette époque, les selles sont très douloureuses » (Esmarch). « Vives douleurs en allant à la selle »

(Féréol). « L'ulcération est douloureuse au moindre attouchement ; les garde-robes provoquent des souffrances atroces qui durent un quart d'heure » (Spillmann). « Sensation de brûlure et de déchirement pendant la défécation » (Derville). Notre malade éprouvait des douleurs particulièrement vives au moment où il allait à la selle. Il est vrai qu'il était constipé ; et les garde-robes duraient parfois jusqu'à une heure et demie. C'est d'ailleurs pour épargner au patient ce supplice que le Dr Marquis fit un anus contre nature. Douleurs analogues chez le malade de Kramer.

Cependant M. Hartmann n'a observé dans certains cas que des douleurs extrêmement légères. Il rapporte même une observation où le malade n'éprouvait aucune douleur à la défécation, mais avait un peu d'atonie du sphincter. « Aucune douleur pendant la défécation, mais le malade souffre un peu en s'essuyant. La résistance du sphincter est du reste un peu diminuée ; il n'y a pas d'incontinence des matières, mais le malade les retient difficilement, et est obligé de courir rapidement à la garde-robe, lorsque l'envie l'en prend. » Notre observation I relate un cas d'incontinence pour les matières liquides accompagnée cependant de douleurs assez marquées à la défécation. Cependant, il ne semble pas qu'il y ait d'atonie marquée du sphincter, puisqu'on le voit facilement se contracter, quand on ordonne au malade de faire des efforts de défécation.

Le toucher également, quoique facile, est un peu douloureux.

En résumé, les douleurs provoquées par les garde-robes sont extrêmement variables, depuis l'indolence absolue jusqu'aux souffrances les plus vives, et il faut sans doute voir dans la réaction du sphincter la cause de ces variations. Dans notre observation II, on voit en effet que la défécation extrêmement douloureuse donne issue à des matières ovillées, en chapelet, analogues à celles qu'on rencontre dans les rétrécissements du rectum. Ce phénomène était dû à la contracture du sphincter, contracture réveillée également quand on voulait faire le toucher rectal qui demeura impossible. Car l'examen nécropsique nous montra bien qu'il n'y avait aucun rétrécissement.

L'ulcération est peu sensible au palper.

Étudions maintenant ses caractères objectifs.

Le siège est rarement exclusivement cutané ou exclusivement muqueux. Les deux parties du tégument anal participent au processus morbide, et la portion muqueuse de l'ulcération remonte la plupart du temps jusqu'au rectum, comme nous avons d'ailleurs pu le constater chez notre sujet, en pratiquant le toucher rectal *post mortem* ; comme le dit M. Hartmann, qui n'a constaté que deux fois des lésions uniquement cutanées, c'est une ulcération du canal anal proprement dit.

Quant à son siège sur le pourtour de l'anus, il n'offre rien de particulier, l'affection intéressant

indifféremment les côtés ou les parties antérieures ou postérieures de l'anus. Son étendue vis-à-vis des différents segments du canal anal est très variable. Cependant, il est extrêmement rare qu'elle intéresse tout le pourtour de l'anus, comme dans les deux observations que nous rapportons.

Dans le cas que nous avons suivi, le fond de l'ulcération était uniformément granuleux, et il était impossible à la simple inspection de distinguer l'orifice anal. Les efforts de toux ou de poussée que l'on faisait pratiquer au malade ne permettaient pas plus de le délimiter. Nous ne retrouvons ce cas d'ulcération totale de l'anus que dans l'observation de Gosselin. Quatre autres fois seulement, il ne restait qu'un petit pont de tissu sain.

Au point de vue de la surface occupée par l'ulcération, il y a également de grandes variations. La moyenne est en général de 4 à 5 centimètres de diamètre. On en trouve de plus petites, d'autres plus grandes. Le professeur Hartmann cite une ulcération assez étendue dans l'observation XXVII de son étude parue dans *la Revue de Chirurgie* de janvier 1894. « Il existe au niveau de l'anus une vaste ulcération qui en occupe presque tout le pourtour ; un seul point de peau saine persiste en avant et à gauche. Cette ulcération se termine en arrière à 1 cm. 5 environ du coccyx, et en avant elle empiète jusque sur le périnée antérieur. A gauche, elle est limitée par deux demi-cercles, un postérieur très grand et un antérieur plus petit. A droite, elle

forme une surface arrondie se continuant en avant avec un demi-cercle plus petit qui s'étend un peu plus en avant que le gauche. » L'ulcération que nous avons observée était encore plus vaste. Elle s'étendait depuis la pointe du coccyx jusqu'à 1 centimètre environ de la naissance du scrotum et en largeur elle atteignait les deux ischions. Il est exceptionnel d'en constater d'aussi vastes, car il semble que leur évolution subisse un arrêt, quand elles ont atteint un certain développement : « Elles ne semblent pas s'accroître indéfiniment, et restent stationnaires, lorsqu'elles ont atteint une certaine étendue » (Hartmann). Pendant les trois mois que nous avons pu suivre la marche de l'ulcération, nous n'avons pas observé d'extension sensible de la lésion. Peut-être était-ce sous l'influence des pansements, dont jusquelà elle n'avait jamais subi l'application ? Mais c'est là une hypothèse bien peu probable.

Ces vastes ulcérations sont une rareté, et c'est à la marge de l'an us que reste localisée la lésion, soit que, chose exceptionnellement rare, elle suive un processus de guérison, soit que le malade meure emporté par ses lésions pulmonaires, avant qu'elle ait pu atteindre des dimensions plus étendues.

L'ulcération reste circonscrite à l'an us lui-même et il est nécessaire assez souvent d'écarter les fesses du malade pour en faire l'examen. On voit alors une surface légèrement déprimée, de couleur rouge sale, suppurant légèrement, présentant un aspect granuleux, anfractueux, en écuinoire. Elle est formée de

bourgeons charnus de mauvais aspect, peu vivants et saignant peu quand on les touche ou même quand on les excise, comme nous l'avons fait pour l'examen histologique. On trouve la plupart du temps, à la périphérie, des granulations jaunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, quelquefois plus petites et souvent il faut s'aider de la loupe pour les apercevoir. Ces granulations sont le caractère pathognomonique de l'ulcération tuberculeuse. Ce sont des granulations tuberculeuses qui, peu à peu, se ramollissent, se vident et donnent à la lésion l'aspect anfractueux que nous signalons. Ce sont ces granulations que l'on trouve également sur les ulcérations bacillaires de la langue et que l'on désigne sous le nom de grains jaunes de Trélat. On les trouve surtout au niveau des bords et c'est leur fonte progressive qui, laissant à leur place des pertes de substances, est le principal agent d'extension de l'ulcération.

Bien que leur présence soit la règle, nous ne les avons pas rencontrées, malgré la recherche minutieuse que nous en avons faite. Un fait analogue est rapporté par Duplay qui croyait avoir affaire à un épithélioma et par Gosselin. Dans le cas de Gosselin, l'aspect de l'ulcération était d'ailleurs un peu spécial. La lésion était très superficielle, sa surface était lisse, unie. Mais c'est là une physionomie très rare de l'ulcération. Nous ne pouvons guère trouver d'autre explication à l'absence de ces granulations

dans notre cas, que dans ce fait que l'ulcération avait cessé de progresser.

Le fond de l'ulcération est souple, et, dans deux cas seulement, M. Hartmann a trouvé de l'induration sous-jacente.

Les bords sont en général nets, bien marqués, taillés à pic. Ils sont légèrement rosés, parfois pigmentés, surtout dans les endroits où ils sont décollés. Nous les avons vus décollés sur une profondeur de 2 centimètres et à ce niveau la peau présentait une coloration brun violacé. Ils ne sont pas très découpés et les contours de l'ulcération affectent une forme en général circulaire plus ou moins régulière. « Dans quelques cas, l'ulcération est limitée par un pli hypertrophié de la marge qui s'enfonce avec l'ulcération dans le canal anal. Exceptionnellement, on voit en dehors de l'ulcération des tubercules saillants à la surface de la peau, pouvant eux-mêmes s'ulcérer, disposition qui nous conduit aux cas rares où, à côté d'une ulcération principale, on voit d'autres ulcérations secondaires plus petites.

« La sécrétion fournie par ces ulcérations est en général assez peu abondante, muco-purulente. Cependant lorsque la portion sus-sphinctérienne est très étendue, le pus qui coule de l'intérieur de l'anus et baigne la portion extra-sphinctérienne de l'ulcération suffit à la couvrir en partie. » (M. Hartmann.)

Nous n'avons pu examiner la partie sus-sphinctérienne de l'ulcération autrement que par le toucher pratiqué dans les conditions que nous avons dites.

Comme du côté de la peau, nous avons constaté des bords taillés à pic au delà desquels la muqueuse se continuait intacte.

L'engorgement ganglionnaire n'est pas constant, cependant on le trouve cité dans quelques observations. Mais on ne constate qu'une légère réaction non douloureuse. Dans une seule observation de M. Hartmann nous avons relevé la présence de ganglions sensibles à la pression.

Notre malade présentait une réaction ganglionnaire remarquable, et la tuméfaction faisait saillie dans la région du triangle de Scarpa, saillie d'autant plus apparente que la maigreur du malade était considérable. Cette adénopathie était de plus douloureuse, quoique non enflammée, et la toux et les mouvements suffisaient à réveiller sa sensibilité. Mais c'est là un cas isolé, qui s'explique vraisemblablement par l'existence d'infections secondaires atténuées, puisqu'il n'y a pas eu de suppuration ; car, en général, l'adénopathie inguinale est très peu développée et non douloureuse.

L'état général est souvent très précaire : le malade est la plupart du temps un tuberculeux avancé et présente les accidents, toux, expectoration, hémoptysies, sueurs, température, vomissements, diarrhée, qui sont le cortège habituel des dernières périodes de cette maladie. En tout cas, on trouve toujours des lésions pulmonaires plus ou moins étendues. Notre malade présentait en outre une ulcération tuberculeuse de la plante du pied, située à la naissance des

deux derniers orteils. Dans deux autres cas rapportés par M. Hartmann, les malades étaient porteurs d'une seconde ulcération tuberculeuse l'un de la narine, l'autre de la lèvre.

La marche de ces ulcérations est lente et progressive. Quand elles ont atteint une certaine étendue, elles ne semblent plus gagner en largeur, mais plutôt en profondeur par la transformation caséuse des granulations et la fonte de leur débris, laissant une plaie anfractueuse. Elles ne manifestent aucune tendance spontanée à la cicatrisation. Quelquefois le malade s'améliore, mais le plus souvent il s'achemine vers la cachexie tuberculeuse.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons décrit dans l'exposé des symptômes l'anatomie pathologique macroscopique. Nous n'envisagerons donc dans ce chapitre que l'anatomie microscopique de la lésion, que nous aurons à considérer au niveau des bords et au niveau de la partie ulcérée. Nous ne saurions faire une étude personnelle de ces lésions, n'ayant pas une pratique suffisante de l'histologie et de l'anatomie pathologique. Nous nous contenterons d'en donner les caractères principaux d'après la description très complète qu'en donne le professeur Hartmann.

Bords de l'ulcération. — L'épiderme qui a perdu sa couche cornée et le stratum granulosum est décollé. Les papilles du derme sont épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires. Dans la couche choriale se trouvent des follicules tuberculeux agglomérés et dont les éléments sont en partie nécrosés. Les vaisseaux présentent des altérations tuberculeuses extrêmement marquées. Le décollement de l'épiderme

se fait au niveau de la couche de Malpighi où se forment de grandes vacuoles. Entre les papilles se déversent les produits provenant de la caséification des follicules. Les lésions sont analogues du côté de la limite rectale.

Partie ulcérée. — Elle est formée de bourgeons charnus tapissés de cellules épithélioïdes. Entre ces bourgeons se trouvent les produits caséux provenant de la fonte des follicules dont on retrouve quelques-uns isolés.

Sous cette masse, vaisseaux et muscles sont noyés par l'infiltration embryonnaire. Le tissu musculaire présente un certain degré de sclérose. On ne trouve pas dans cette couche de masse caséuse, mais on a plutôt affaire à un processus inflammatoire.

Du côté des ganglions, envahissement tuberculeux, mais sans ramollissement.

Enfin, lésions tuberculeuses variées, intestinales et pulmonaires (1).

Nous n'avons pu examiner les lésions des bords de l'ulcération dans la pièce que nous avons prélevée, la biopsie que nous avons faite ayant porté sur la portion granuleuse de l'ulcération. Nous avons pu y voir une infiltration embryonnaire très marquée s'étendant jusque dans les muscles dont elle pénètre les fibres. Au milieu de cette infiltration on trouvait des cellules géantes groupées par amas formant des

1. Nous sommes heureux de remercier ici notre collègue et ami, P. Brault, qui nous a aidé de sa compétence particulière dans la préparation de nos pièces.

granulations tuberculeuses. A côté de ces lésions on rencontrait des foyers de nécrose, de ramollissement.

On remarquait aussi la présence de nombreux vaisseaux néoformés, néoformation extrêmement marquée, due probablement aux infections secondaires, l'ulcération ayant été pendant très longtemps soumise à toutes sortes de contaminations.

Au point de vue macroscopique, nous signalerons dans notre observation l'étendue de l'ulcération, dont les dimensions atteignaient 10 centimètres de longueur sur 8 de largeur. Nous ne croyons pas qu'il en ait été signalé d'aussi vastes.

Notre malade présentait, en outre, d'autres lésions tuberculeuses, entre autres une ulcération cutanée siégeant à la face plantaire du pied gauche au niveau de l'espace interdigital du quatrième et du cinquième orteil.

Là se sont bornées nos constatations anatomiques, l'autopsie n'ayant pas été autorisée par la famille du malade. Mais il est évident qu'il était porteur de nombreuses lésions pulmonaires et intestinales, étant donné les symptômes cliniques qu'il présentait.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

Il est difficile d'établir l'influence déterminée et précise des différents facteurs qui entraînent le processus ulcéreux et tuberculeux de l'anus. Il y a cependant un terrain spécial et certaines conditions que l'on rencontre d'une façon à peu près constante dans tous les cas, sans qu'on puisse néanmoins les considérer comme déterminant ; mais on doit, par le fait même de leur fréquence, leur attribuer une certaine valeur. Il ne peut donc être question que de causes prédisposantes que nous classerons uniquement d'après leur importance.

Nous verrons d'abord les conditions qui tiennent au terrain, à l'âge, au sexe, qu'on pourrait qualifier de générales ; et à ce propos nous dirons quelques mots de la fréquence de ces lésions ; puis nous tenterons d'établir les causes locales.

Les ulcérations tuberculeuses ne se développent que sur des *tuberculeux* pulmonaires, plutôt à la deuxième ou à la troisième période, comme nous

avons eu déjà l'occasion de le dire plusieurs fois ; c'est donc une affection secondaire ; la lecture des observations le prouve suffisamment. Cependant on trouve un cas où la lésion fut primitive. Dans l'observation de Mollière, en effet, la relation des faits est bien nette : l'ulcération datait de quatre ans, tandis que la toux et l'atteinte de la santé générale était très récente.

Nous n'avons pu assister à l'éclosion des phénomènes pulmonaires chez notre malade, mais le Dr Helleu, qui a bien voulu nous renseigner à ce sujet, nous dit que les lésions thoraciques ont débuté peu de temps après l'ulcération de l'anus. Nous ne croyons pas cependant qu'il faille voir dans notre cas une ulcération primitive, étant donné en somme que les lésions anales et pulmonaires sont presque contemporaines et que le malade pouvait fort bien avoir, dans ses poumons ou ailleurs, des lésions bacillaires sans que celles-ci puissent être décelées à l'examen physique. D'ailleurs, nous voyons, dans son observation, qu'il eut à l'âge de trente-six ans une congestion pulmonaire qui dura deux mois. Or c'est l'année suivante, à trente-sept ans, que débutèrent à la fois la lésion anale et la tuberculose pulmonaire. Il est bien vraisemblable que cette congestion marque les premières atteintes du mal. L'ulcération serait donc bien secondaire.

L'âge n'a aucune influence puisque nous trouvons une ulcération tuberculeuse chez une petite fille de quatre ans et demi (Broca) et chez une malade de

cinquante-six ans (Esmarch). Cependant le plus souvent, c'est à l'âge moyen de la vie, vers trente à quarante ans qu'on en rencontre le plus.

Sur 34 cas, nous trouvons 27 hommes, 6 femmes et 1 enfant ; mais nous ne voyons pas bien pour quelle raison la fréquence est plus grande chez l'homme.

Comme nous venons de le dire, nous connaissons 34 cas d'ulcérations tuberculeuses de l'anus, tandis que pour les autres régions du corps Vallas n'a pu réunir que 22 cas ainsi répartis :

Lèvre inférieure.....	7
Lèvre supérieure.....	4
Membre supérieur.....	5
Face.....	2
Vulve.....	2
Verge.....	1
Membre inférieur.....	1

Voyons donc quelles sont les causes locales qui font de l'anus un siège de prédilection pour cette affection.

L'anus offre, par ses caractères anatomiques, par les plis radiés de son tégument, une porte facile aux inoculations de toutes sortes. Il peut être atteint de fissures, d'hémorroïdes, d'écorchures banales, de condylomes, de fistules qui sont autant de portes d'entrée ouvertes au bacille de Koch, ou qui peuvent être même, comme la fistule, de nature bacillaire.

Si le *terrain* est propice à l'ensemencement, la *graine*, le microbe ne manque pas. *L'entérite tuberculeuse*, la *déglutition des crachats bacillifères* sont des conditions extrêmement favorables à l'infection de la région anale. Les exemples d'ailleurs ne manquent pas. Dans une observation de Spillmann, c'est sur une fissure que s'est développée l'ulcération; Féréal, Esmarch, Chardon rapportent la coexistence d'hémorroïdes. Un malade de Derville avait eu auparavant de petites poussées eczémateuses. M. Hartmann a observé une ulcération chez un malade porteur de condylomes et d'une fistule.

La *diarrhée* est un facteur étiologique de grosse importance. Outre l'action irritative que peut avoir la répétition de selles liquides, la diarrhée, chez les tuberculeux, est le plus souvent symptomatique de lésions bacillaires intestinales et peut favoriser grandement l'inoculation. M. Hartmann l'a constatée dans 12 observations.

La *constipation* peut également avoir une influence prédisposante. Elle peut être la cause d'éraillures de la région anale, et elle est l'occasion, à chaque selle, d'un traumatisme de la muqueuse. On pourrait invoquer ici un mécanisme analogue à celui que l'on rencontre parfois dans le développement des infections osseuses.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer tiennent en somme au sujet : les produits tuberculeux proviennent du malade lui-même. Il faut mentionner les *sources de contamination venant de l'exté-*

rieur: aliments souillés, lait provenant de vaches tuberculeuses, usage de linges contaminés, etc.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'en dehors de toute lésion banale de l'anūs, en dehors de toute cause de contamination extérieure, l'infection peut se faire spontanément par voie sanguine sans que rien puisse expliquer cette localisation.

En résumé, l'ulcération tuberculeuse est une affection qui frappe surtout des tuberculeux avancés et son apparition est particulièrement favorisée par l'existence de la diarrhée. Les autres causes prédisposantes n'ont qu'une importance relativement moindre.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif des ulcérations tuberculeuses de l'anus se fait par les caractères suivants : leurs bords sont nets, saillants, plus ou moins irréguliers, quelquefois décollés, et ne présentant pas de coloration bien spéciale. Leur fond est déprimé, granuleux, très inégal, de couleur rouge sale, et l'on trouve surtout à la périphérie des granulations jaunes, petits tubercules en évolution. Leur sécrétion est minime. La base est souple, non indurée, et ne se différencie pas des tissus voisins, aux dépens desquels elle est d'ailleurs développée. Elle est accompagnée d'une adénopathie inguinale, rarement douloureuse, ne suppurant presque jamais. Leur évolution est lente, chronique.

Il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic différentiel de la tuberculose ulcéreuse au début, à son premier stade, quand elle est encore à la période de crudité, d'induration cutanée, avec intégrité du tégument superficiel. On n'aurait à ce moment à établir que la

nature de cette induration : tuberculeuse ou autre, syphilitique, néoplasique. Seule une biopsie faite à ce moment pourrait donner la clef du diagnostic, et encore, si l'on établissait la nature tuberculeuse de ce nodule, pourrait-on se demander si la lésion évoluera comme une gomme ou comme une ulcération, ces deux lésions commençant dans le même point de la peau, l'ulcération dans le derme, la gomme, également dans le derme ou le tissu cellulaire sous-cutané.

C'est donc à la période d'état, quand la lésion est constituée, que nous essaierons de différencier les lésions ulcéreuses que l'on peut rencontrer dans la région anale.

Tout d'abord, il nous semble qu'on doive diviser ce diagnostic en deux parties ; en premier lieu éliminer les autres lésions tuberculeuses ulcérées, puis les lésions non tuberculeuses.

Les lésions tuberculeuses donnant lieu à des processus ulcéreux, que l'on peut rencontrer à l'anüs sont : le lupus ulcéreux, les gommes ulcérées.

Nous distinguerons à côté de ces affections de nature tuberculeuse, deux lésions qui s'en rapprochent cliniquement, mais dont les caractères anatomiques sont tous différents : ce sont les ulcères simples des tuberculeux et les ulcérations développées au niveau d'une lésion tuberculeuse non ulcéreuse.

Le *lupus ulcéreux* est d'abord une lésion très rare à l'anüs. Elle affecte surtout la face, les pommettes

et le nez. Le lupus présente des formes nombreuses, mais à un moment quelconque de leur évolution ces formes peuvent devenir ulcéreuses ; ou bien même il est ulcéreux d'emblée, affectant la forme de lupus excedens. Dans tous les cas, ses contours formés d'une auréole violacée, lie de vin, sont incrustés d'éléments lupiques primitifs. Ces bords ne rappellent en rien ceux de l'ulcération tuberculeuse, qui peuvent présenter des granulations jaunes, mais entièrement différents de ces éléments primitifs. « Ce sont de petits grains d'un rouge jaunâtre plus ou moins clairs et comme translucides, ressemblant à du sucre d'orge, enchâssés dans le derme et recouverts d'épiderme au travers duquel on les voit par transparence » (1). Les bords ne sont pas taillés à pic comme dans l'ulcération tuberculeuse ; l'ulcération lupique est à peu près de niveau avec la peau environnante, son fond n'est pas bourgeonnant, il est plutôt lisse. Il est de consistance molle et facile à dilacérer. Enfin on voit souvent à sa surface des croûtes jaunâtres, qu'on ne rencontre guère sur les ulcérations tuberculeuses.

On doit écarter d'emblée *l'esthiomène* qu'on ne rencontre que chez la femme, et où la lésion anale est secondaire aux lésions vulvaires. On place cette lésion en général à côté du lupus. Sa nature est rien moins que démontrée, et outre la tuberculose admise par les anciens auteurs, on trouve, à son origine, des

1. Brocq, *Traité élémentaire de dermatologie*.

causes très diverses, syphilis, chancre mou, ulcérations banales, etc., suivant les auteurs. M. Dubreüilh, sans rien présager de sa nature, compare son évolution clinique à l'ulcère de jambe. Il n'est guère possible de confondre l'ulcération tuberculeuse de l'anus avec ces lésions.

Les *gommès ulcérées* ont des caractères assez nets qui permettent d'éviter toute confusion. D'abord au moment de l'ouverture de la gomme, la quantité de pus grumeleux mal lié, auquel elle donne issue, est beaucoup plus abondante. L'ulcération se fait au milieu de la gomme, au point de la peau le plus ramolli, le plus aminci, tandis que dans l'ulcération tuberculeuse, l'effraction des téguments se fait en nappe laissant des bords taillés à pic. Dans la gomme, au contraire, les bords violacés, amincis sont flottants, retombent sur le fond, occupant le vide qu'a laissé l'expulsion du pus. Il reste un orifice conduisant dans une cavité. Quand elles s'ulcèrent en totalité, leurs caractères sont encore bien différents des ulcérations tuberculeuses proprement dites. « Une partie ou la totalité des voûtes ou ponts dermiques disparaît, laissant, à la place de la lésion primitive, des ulcérations plus ou moins étendues, à fond bourgeonnant, blafard, saignant, se recouvrant incessamment et opiniâtement de croûtes fines extraordinairement adhérentes et tenaces. » (E. Besnier).

De plus il existe un processus de réparation qui est absent dans l'ulcération tuberculeuse.

L'ulcère simple des cachectiques, qu'on rencontre parfois chez les tuberculeux et auquel Spillmann a donné le nom d'ulcération des tuberculeux peut donner lieu à quelques difficultés de diagnostic, notamment dans un cas comme le nôtre, où l'on avait affaire à un malade rendu au dernier degré de la cachexie tuberculeuse : « Il ne faudrait pas confondre, cependant, avec les ulcérations tuberculeuses, celles que l'on pourrait appeler des ulcérations des tuberculeux, qui ne se rencontrent que chez des individus cachectiques arrivés au dernier degré de la tuberculose généralisée, et qui ne sont en quelque sorte que les manifestations ultimes d'un organisme profondément délabré et dont les tissus n'ont plus aucune tendance à la réparation.

La différence entre les ulcères des tuberculeux et les ulcères tuberculeux, c'est que ces derniers renferment des tubercules tandis que les premiers peuvent être simplement dus à un sphacèle tenant à l'état de débilitation générale du sujet aussi bien qu'au passage des liquides irritants et ichoreux (1). Elles sont dues à de la gangrène cachectique et ont un aspect escharotique. « L'ulcère simple des cachectiques présente un fond blafard recouvert de bourgeons fongueux et pâles, qui saignent au moindre contact. Il n'y a pas de grains jaunes. Les bords sont minces, infiltrés, durs, calleux, quelquefois décollés ou renversés, jamais taillés à pic (2). » D'ail-

1. SPILLMANN, *Thèse d'agrégation*, Paris 1878.

2. J. B. LAFFITTE, *loc. cit.*

leurs, en cas de doute, un examen histologique trancherait la question.

Il en est de même pour les *ulcérations développées secondairement* sur un abcès, une fistule de l'anús, où d'ailleurs, dans deux cas, ceux de Rielh et de Thibierge, l'examen histologique fut négatif. L'histoire seule de ces lésions permet de les distinguer des ulcérations primitives tuberculeuses.

De ces ulcères simples on peut rapprocher les *ulcères variqueux* de la marge de l'anús, les *hémorroïdes ulcérées* de l'anús bien décrites par M. le professeur Quénu dans la *Revue de Chirurgie* de décembre 1892. La confusion avec l'ulcération tuberculeuse n'est guère possible, il suffit de bien connaître les symptômes des hémorroïdes ulcérés. La présence d'hémorroïdes antérieures, et surtout les hémorragies parfois abondantes sont déjà une forte présomption en faveur de cette dernière lésion. Mais les symptômes physiques sont encore plus caractéristiques. « L'ulcère variqueux de la marge n'a rien qui rappelle la description de l'ulcération tuberculeuse. La vascularisation du fond et surtout celle des bords sont un des caractères fondamentaux de l'ulcère variqueux, sur lesquels je ne saurais trop insister. Je rappelle aussi que ces derniers sont d'ordinaire superficiels et n'ont en aucune façon la tendance perforante des lésions tuberculeuses ; à plus forte raison, n'ai-je pas besoin d'insister avec l'ulcération extensive qu'on a successivement décrite sous le nom d'esthiomène, d'ulcère lupôide, de rodens

ulcer, etc. » (M. Quénu). Enfin la formation même de l'ulcération d'origine hémorroïdaire s'accompagne de crises, de fluxions hémorroïdaires douloureuses, amenant l'étranglement des paquets variqueux, leur sphacèle et secondairement leur ulcération.

L'épithélioma ulcéré ne peut guère donner lieu à hésitation. Tandis que l'ulcère tuberculeux est à peu près de niveau avec la peau environnante, ou plutôt creusé dans les tissus et possède une base souple, l'ulcération secondaire d'un néoplasme est surélevée et repose sur une masse indurée, plus ou moins adhérente aux tissus aux dépens desquels elle s'est développée. Le fond est saignant, sécrétant un liquide ichoreux, d'odeur infecte, et les bords sont souvent renversés. D'ailleurs, depuis longtemps le malade accuse une tumeur dure au niveau de l'anus amenant des troubles de la défécation. Le développement ganglionnaire est plus marqué que dans l'ulcération tuberculeuse.

Il nous reste à différencier toutes les ulcérations vénériennes qu'on est susceptible de rencontrer à la région anale.

Le chancre syphilitique de l'anus, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, contrairement à l'ulcération tuberculeuse, présente ses caractères habituels modifiés par la localisation dans les plis radiés de l'anus. C'est un chancre dit froncé, « en collet de bourse », ou « en feuillets de livre ». Vu après dilatation anale, le chancre de cette région présente les caractères suivants dont nous empruntons la description

à M. le professeur Fournier : « Une lésion bien circonscrite, bien définie de contours ; de moyenne ou de petite étendue ; en général comparable à une amande ou à l'ongle de l'annulaire ; siégeant soit en avant, soit en arrière de l'anus, bien rarement sur ses côtés ; ovalaire ou elliptique et à grand axe parallèle au canal de l'anus ; quelquefois allongée, étroite, effilée ; sans bords entaillés en arête ; érosive ou subulcéreuse, bien plus souvent que véritablement ulcéralive ; lisse de fond, offrant une coloration rouge et d'un rouge sanguin ou foncé, quelquefois même violacée, livide et vineuse. » On voit combien ces caractères sont distincts de ceux de l'ulcéralion tuberculeuse ; mais ce sont surtout l'induration de la base, les dimensions, l'aspect lisse de son fond, et les bords à peine marqués qui tranchent et ne permettent pas la confusion avec la lésion tuberculeuse. L'adénopathie spéciale est encore un caractère différentiel de valeur.

Les syphilides ulcéralives secondaires de l'anus sont d'un diagnostic difficile. Mais la coexistence d'autres accidents spécifiques, tels que roséole, plaques muqueuses, alopécie, cicatrice de chancre permettent d'établir leur nature. Mais ces accidents peuvent coexister avec la tuberculose, combinaison à laquelle Ricord avait donné le nom de scrofulate de vérole, et M. Gaucher rapporte dans *le Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* un cas de cette nature, où il note la difficulté extrêmement grande de diagnostic. Bien que

la plupart du temps les syphilides ulcéreuses secondaires soient petites et n'atteignent que des dimensions d'une pièce de 1 franc, elles forment par leur fusion des ulcérations assez étendues, et comme le dit M. Fournier, ces lésions n'ont rien de spécial comme objectivité. Ce sont des ulcérations et voilà tout. « De leurs divers attributs, il n'en est pas un seul qui ne soit absolument banal, qui ne puisse figurer dans la symptomatologie d'une ulcération quelconque, spécifique ou vulgaire. »

Il n'en est pas de même des *ulcérations syphilitiques tardives*, des *ulcérations tertiaires*. A première vue on trouve peu de différence entre l'ulcération tuberculeuse et la lésion syphilitique tertiaire, mais on peut distinguer, avec le même auteur, cinq caractères différentiels. La peau qui entoure l'ulcération syphilitique présente, en général, une pigmentation de teinte brune, cuivrée.

L'ulcération se recouvre de croûtes dures, stratifiées, en écaille d'huître, de coloration foncée.

Les bords sont durs, infiltrés, adhérents, offrant une certaine hauteur, et très accentués.

Le fond est crémeux et bourbillonneux.

Les contours sont circinés.

Les ulcérations tuberculeuses ne présentent aucun de ces symptômes, ni la pigmentation, ni la présence de croûtes, ni la forme circinée, ni le fond crémeux, ni les bords durs et adhérents.

Outre l'aspect clinique on peut, en cas de doute, demander à la réaction de Wassermann la solution de

la difficulté comme, d'ailleurs, nous l'avons fait, bien que les caractères physiques de l'ulcération et l'état général du malade ne permissent guère d'hésitations.

Le *chancre mou de l'anus* est peut-être la lésion qui offre le plus de difficultés de diagnostic. C'est une ulcération assez régulièrement arrondie, à bords nets, taillés à pic. Leur fond est recouvert d'une sécrétion purulente assez abondante. Mais elle évolue, en général, en peu de jours, elle s'agrandit très rapidement, mais n'empiète jamais sur la muqueuse du rectum. On ne le rencontre guère que chez la femme. En outre, il présente ceci de particulier avec l'ulcération tuberculeuse, qu'il est entouré de bords tuméfiés, témoins d'une réaction inflammatoire assez marquée occasionnant des douleurs parfois extrêmement vives. Quand, de plus, il s'accompagne de bubon, le diagnostic s'impose. L'inoculation et la recherche du bacille de Ducrey donneraient la certitude absolue.

Telles sont les affections qui, localisées à l'anus, peuvent simuler l'ulcération tuberculeuse de cette région. Il est rare que la difficulté de diagnostic soit grande. Dans la plupart des observations connues, le diagnostic a été fait cliniquement, et les recherches histologiques ou bactériologiques qu'on a pratiquées n'ont fait que confirmer l'opinion déjà émise. L'état général du malade est d'ailleurs d'un grand poids dans l'appréciation des lésions constatées, étant donné la constante association de lésions tuberculeuses viscérales.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic se tire plutôt de l'état général que des caractères de l'ulcération tuberculeuse. Cependant l'apparition chez un malade de cette lésion est un augure peu favorable, car elle dénote le plus souvent une atteinte profonde de l'organisme.

Localement, il faut tenir compte de l'étendue de l'ulcération : une petite ulcération est bien plus susceptible d'amélioration et même de guérison qu'une lésion étendue. Celle-ci d'ailleurs confine le plus souvent le malade au lit, occasionnant ainsi la perte de l'appétit, et le privant de la cure de suraération dont il aurait besoin.

Mais c'est l'examen général de tous les viscères, poumons en particulier, qui peut fixer sur la résistance du sujet et faire estimer ses chances de guérison ; car bien traitée, la lésion de l'anus rétrocede et même se cicatrise complètement. Les exemples ne manquent pas. Esmarch obtint la cicatrisation partielle de l'ulcération qu'il soignait. Un malade de Duplay guérit complètement. Il en fut de même dans

les cas de Derville, de Broca. M. Hartmann compte de nombreuses améliorations et guérisons. Notre observation I montre, chez un sujet plutôt vigoureux il est vrai, un exemple de guérison rapide et radicale.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

La première indication vise l'état général. Suivant les formes ou les conditions particulières que présente le malade, on a le choix entre les différentes méthodes ; méthode classique : alimentation raisonnée, suraération et repos, ou bien, recalcification, suivant la méthode de Ferrier, ou encore tuberculinothérapie ; mais cette dernière n'a pas encore fait ses preuves et ne s'emploie guère qu'associée aux autres médications. Telle est la thérapeutique fondamentale, quand on ne peut intervenir chirurgicalement et qu'on ne peut apporter à l'ulcération qu'un traitement purement palliatif.

Dans ce cas, il existe deux indications principales : calmer la douleur et favoriser autant que possible l'antisepsie de la plaie

Contre la douleur, on a employé les suppositoires à l'opium, le chloral, l'iodoforme, le sous-nitrate de bismuth, etc. ; en même temps que leur rôle analgésique ces applications remplissent le rôle de topiques antiseptiques, mais leur influence sur l'amélioration

de l'ulcération est minime. On ne cite qu'un cas de cicatrisation, obtenue par Esmarch, par l'emploi continu de badigeonnages au nitrate d'argent au huitième. On a préconisé également d'autres antiseptiques : le naphthol camphré, l'acide lactique par analogie avec leur action dans d'autres lésions tuberculeuses.

Nous avons vu que, notre malade souffrant beaucoup à cause de la constipation, on avait été amené à pratiquer un anus contre nature, opération qui entraîna un soulagement considérable de ses douleurs. Il est intéressant de signaler ce traitement qui, dans certains cas, peut amener la sédation presque complète des douleurs et permet d'appliquer à l'ulcération une thérapeutique plus efficace.

L'application de topiques n'entraîne que rarement la guérison, et il faut donner la plus grande part aux diverses interventions, curettages, cautérisations, excisions au thermocautère ou au bistouri qui constituent vraiment le traitement curatif de ces lésions.

Derville a obtenu une guérison par curettage et par application de vaseline boriquée et de pommade iodoformée remplissant le rôle d'isolant vis-à-vis des matières, et il attache la plus grande importance à cette protection de la plaie vis-à-vis des sources naturelles de contamination. Mais quand il est possible, il vaut mieux faire l'excision de l'ulcération. Cette excision doit être pratiquée de préférence au bistouri. Suivant l'étendue de la lésion on peut procéder de deux façons : dans le cas de notre observa-

tion I, où l'on avait affaire à une ulcération circulaire, notre maître, M. Dayot, obtint un plein succès, en lui appliquant une méthode analogue à la cure des hémorroïdes : excision circulaire de toute la région malade, abaissement de la muqueuse saine et suture à la peau. Ou bien on procède, dans un cas limité, à une excision complète, suivie de l'affrontement des tissus analogues à celui que l'on pratique après l'ablation d'une fistule.

Mais ce traitement idéal n'est pas toujours possible et, dans ce cas, on enlève ce que l'on peut, on gratte énergiquement, et on cautérise les autres parties. Puis pansement iodoformé. M. le professeur Hartmann a obtenu ainsi des guérisons durables.

Enfin, indication importante, d'ordre à la fois général et local : combattre la diarrhée, qui peut être une cause d'échec opératoire.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcération tuberculeuse de l'anüs est une affection rare ; on ne compte en effet que 34 observations publiées.

II. — Elle n'est qu'exceptionnellement primitive et se développe en général chez des malades porteurs de tuberculoses viscérales.

III. — Son diagnostic est le plus souvent facile : la notion du terrain et la présence de granulations jaunâtres en sont les deux principaux éléments.

IV. — Son évolution est lente, progressive. Elle ne présente aucune tendance spontanée à la guérison.

V. — Son traitement est variable suivant les cas. La méthode de choix, quand elle est applicable, est l'excision complète, suivie de la réunion des parties avivées.

Vu : le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALLINGHAM (W.). — Diseases of the rectum. London, 1882.
- BAUDON. — Des ulcérations tuberculeuses de la langue et de l'orifice anal. Thèse de Paris, 1874.
- BALL (CHARLES B.). — The rectum and anus. London, 1887.
- CHARDON. — Contribution à l'étude de la tuberculose anorectale. Thèse de Bordeaux, 1911, n° 23
- CLAROU. — Tuberculose de la région anorectale. Thèse de Montpellier, 1887, n° 32.
- CORNIL et RABÈS. — Ulcération anale (Bull. de la Soc. anat. Paris 1883, p. 341).
- CRIPPS. — Maladies de l'anus et du rectum. Londres, 1884.
- DELBET. — Ulcérations anorectales, in-Traité de Chirurgie. Le Dentu et Delbet.
- DERVILLE. — Des ulcérations tuberculeuses de l'anus (Journal des Sciences médicales de Lille, 18 avril 1890).
- DUPLAY (S.). — Ulcération tuberculeuse du rectum et de l'anus (Archives générales de médecine, t. II, p. 82, 1882).
- ESMARCH. — Ulcération anale (in-Traité de Chirurgie de Pitha et Billroth, 1872).
- Des maladies de l'anus et du rectum. Stuttgart, 1887.
- FÉRÉOL. — Notes sur quelques ulcères spéciaux développés au voisinage des orifices naturels chez les tuberculeux (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux. Paris, 1874, 2^e série, t. XI, p. 159).
- GAUCHER. — Syphilis ou tuberculose de l'anus (Bulletin de

- la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. Paris, 1908, XIX, 106.
- GOSSELIN. — Ulcération tuberculeuse de l'anus (Gazette médicale de Paris, 27 mars 1880).
- HARTMANN. — Troisième Congrès de la Tuberculose. Paris, 1893.
- Contribution à l'étude de la tuberculose anale (Rev. de Chirurgie, janv. 1894).
- HARTMANN et QUÉNU. — Chirurgie du Rectum. Paris, 1895.
- KRAMER. — Eine seltene Form von Anal tuberculose (Centralblatt für Chirurgie. Leipzig, 21 avril 1894, p. 363).
- LAILLER et MATHIEU. — Lupus et tuberculoses cutanées (Archives générales de Médecine, juill. et août 1886).
- LIOUVILLE. — Ulcération tuberculeuse de l'anus survenue dans le cours d'une phtisie généralisée (Bulletin de la Société anatomique. Paris, 1874, p. 989).
- MALASSEZ. — Ulcération tuberculeuse de la marge de l'anus (Bulletin de la Société anatomique, mars 1871, p. 12).
- MARTINEAU. — Ulcération tuberculeuse de l'anus et de la fesse gauche chez un malade atteint de phtisie pulmonaire et d'angine tuberculeuse (Société médicale des Hôpitaux, 12 juin 1874).
- MOLLIÈRE. — Maladies de l'anus et du rectum. Paris, 1877.
- MOURRET. — Contribution à l'étude de la tuberculose anorectale. Thèse de Paris, 1887, n° 44.
- PÉAN. — Ulcération tuberculeuse de l'anus (Leçons de clinique, 1887, p. 881).
- PÉAN et MALASSEZ. — Traité sur les ulcérations anales. Paris, 1871.
- PRIMET. — Étude clinique sur les ulcérations tuberculeuses de l'anus. Thèse de Paris, 1880, n° 392.
- POTHERAT. — Ulcérations anales in Traité de Chirurgie Duplay et Reclus.
- QUÉNU. — Ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus (Revue de Chirurgie, décembre 1892 et mars 1893).
- RIEHL. — Zwei Faelle von Tuberculose der Haut (Wiener medic. Woch., 1881, n° 44 et 45).

RITZO. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée : des ulcérations tuberculeuses. Thèse de Paris, 1886-1887, n° 204.

SPILLMANN. — De la tuberculisation du tube digestif. Paris, 1878. Thèse d'agrégation.

THIBIERGE. — Ulcération tuberculeuse de l'anus. Tuberculose pulmonaire et intestinale (Bulletin de la Société anatomique. Paris, 9 février 1883, p. 100).

VALLAS. — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon, 1887, n° 367.

VIDAL (E.). — Dictionnaire encyclopédique.

